

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 209217

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



476

Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00522

Assessment Date : 07/06/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MEET	आय Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MUKESH PATEL	जाति Category	: General		
पता Address	: NAVSARI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9586133144		
		ई-मेल Email ID	:		

473-K3
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary : MEET
Age : 8
Father's Name : MUKESH PATEL
Camp Place : SAHJAN PATEL HOSPITAL
Assessed for :
Date of Distribution : 17/6/16
Name of Assessing Rep :
Signature : [Signature]

PART II

	Quantity	Value
EDUCATION	1	6900.00
Total	1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/उपनिर्देशक/रीहाब एक्सपर्ट
Signature of Medical Officer / Rehab Exp

PART III

Income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five Thousand only) 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MEET प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण जि-शुल्क/सिवायती दर पर अत्यावृत्त में प्राप्त किया है।

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

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

Date : _____
Place : _____

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1188

Camp Venue: CHC, CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01811

Assessment Date: 11/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

आयुषी का नाम Name of the Beneficiary	: RUTIK KUMA	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI PATEL	जाति Category	: ST		
पता Address	: RANVERIKURADA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9574178093	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
अडिशनल पत्र और नं. D Card Type & No.:	: Aadhar Card (522912346097)				

PART II

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

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

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

PART III

2000 (शब्दों में Two Thousand)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/02173/ADIP-SPL (VIP)	Date: 11/06/16	Age: 12	Sex: Male	Mobile No.: +91-9574178093
Name of the Beneficiary: RUTIK KUMA				
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

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

1190

Qk. DE

17/09/16

Duplicate

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

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

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



461

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00442

Assessment Date: 07/06/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HANSA BEN	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALI DAS	जाति Category	: General		
पता Address	: KALA KACHA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924731446		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396404		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025891032)		जिला District	: NAVSARI		

PART II

461

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

Slip No.: 2016-17/NAVS2/T17/00442/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: HANSA BEN
 Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)
 Date: 07/06/16
 Age: 17
 Sex: Female
 Mobile No.: +91-9924731446

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



747



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

No. : 2016-17/NAVR4/T12/00764

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-S

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MAHIMA	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Fe
माता/पति का नाम Mother's/Husband's Name	: DILIP BHI	जाति Category	: General		
पता Address	: VRAYA TAPI DEVANI FALIAYA UNCHAMAL		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9227523102	
जिला/कस्बा/गांव District/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396445		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
कार्ड प्रकार और नं. Card Type & No.	: Aadhar Card (517384525029)				

PART II

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

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

747 747

No. : 2016-17/NAVR4/T12/00764/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MAHIMA

Date : 22/08/16

Age : 15

Sex : Female

Mobile No. : +91-922

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

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

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

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

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

नवसारी.

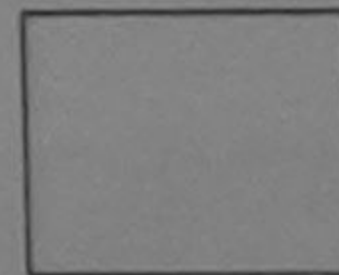
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :



जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Place :

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary

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

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

No. : 2016-17/NAVS3/T8/00772/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL
 Degree of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/06/16
 Age : 21 Sex : Male

Mobile No. : +91-814181

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

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

1086/24

Form type & No. : Other (na)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६
 आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



823

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00628

Assessment Date : 07/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-S

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MILAN	आयु Age	: 18	लिंग Sex	: M
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JITESH BAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: ARSAN	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9512805491		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	पिनकोड Pin Code	: 396404	ई-मेल Email ID	
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (371482668377)				

PART II

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSP
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00300/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MILAN BHAJ Age : 16 Sex : Male Mobile No. : +91-951
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

822 KY

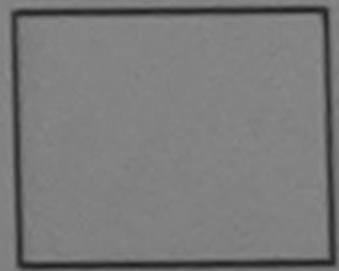
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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



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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206008

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-206018

AN ISO 9001:2000 COMPANY



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

Camp Type : ADIP-

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00305

Assessment Date : 21/08/16
PART I

आयु Age	: 12	लिंग Sex	: F
जति Category	: OBC		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924214052		
ई-मेल Email ID	:		
नाम Name of the Beneficiary	: SAMINA BEN		
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SIRAJ BHAI		
पता Address	: TAKHERUMA NAVU FALIYA KHERGUM		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396469
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI
फोन नं. Phone No.	: 9924214052		

1220

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00305/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : SAMINA BEN
 Date : 21/08/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Age : 12 Sex : Female Mobile No. : +91-9924214052

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

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

आयुषी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

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

Date :

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

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



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



12



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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00828

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HITESH	आयु Age	: 10	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MANGILAL	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BARDOLI SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9227523102	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)				

PART II

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00828/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/08/16	Age : 10	Sex : Male	Mobile No. : +91-9227523102
Name of the Beneficiary : HITESH				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)				

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
Place :

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

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



NAVR3/T17/00348/ADIP-SPL (VIP)
 Beneficiary : AADITYA
 I. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 21/08/16
 Age : 7

Sex : Male

Mobile No. : +91-8141470

Details	Remark	Quantity	Value
SIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total		1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

17

31-1-17

Certificate No.: 23F265 / 1462 Date: 19/07/2016

This is to certify that I have carefully examined
 Shri/Smt./Kum. अदीत्य सोलंकी / Aditya Dineshbhai Solanki
 son/wife/daughter of Shri दिनेशभाई
 Date of Birth (DD / MM / YYYY) Age 6 Year(s) Male
 Registration No. NAV/16/01139367
 Address zaveri sadak, Navsari (M), NAVSARI, NAVSARI

Dr. I. B. Parikh
 Psychiatrist GMS-C
 Regi. No. 10297
 M.G.G. Hospital, Navsari

whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of
Mental Retardation disability.

His/her extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to be specified), and shown against the relevant disability in the table below:-

Sr. No.	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment / mental disability (in %)
1	Mental Retardation	Mild - 50%	1) Mild mental retardation	50 (Fifty)

2. The above condition is progressive/ non-progressive/ likely to improve/ not likely to improve.

3. Reassessment of disability is: Not Necessary after 2 years.

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate
Ration Card		Govt Of Gujarat

Undertaking: I hereby declare that all the personal information stated above are true to the best of my knowledge and belief. I 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 all benefits derived and other action as per law.

Signature/ Thumb impression in whose favour disability certificate is issued



(Authorised Signatory of notified Medical Authority)
Dr. I. B. Parikh
 Psychiatrist GMS-CL-1
 Regi. No. 10297
 M.G.G. Hospital, Navsari

(Countersignature and seal of the CMO/Medical Superintendent/Head of Government Hospital/Head of Government Medical Institution is issued by a medical authority who is not a government servant (with seal))

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



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

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00916

Assessment Date: 23/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL

आभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: ASHOK KUMAR	आयु Age	: 11	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VRAJA RAM	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SITA RAM NAGAR ERU JALALPOR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9624022827	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396450		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
सहायक पत्र और नं. D Card Type & No.	: Other (NA)				

PART II

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

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

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

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T12/00916/ADIP-SPL (VIP)

Date: 23/08/16

Name of the Beneficiary: ASHOK KUMAR

Age: 11

Sex: Male

Mobile No.: +91-9624022827

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

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

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

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रतिष्ठान

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



132

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

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Camp No.: 2016-17/NAVR5/T8/01182

Assessment Date: 23/08/16
PART I

आयु Age	: 10	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: General		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9978025506		
ई-मेल Email ID	:		
नाम Name of the Beneficiary	: BHUMIL		
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVEEN BHAI		
पता Address	: BHESHAN DARA VALSAD		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI
अचान पत्र और नं. Card Type & No.	: Aadhar Card (539321742202)		

PART II

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

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

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

PART III

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

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

परीक्षण पावती पर्ची

Camp No.: 2016-17/NAVR5/T8/01182/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary: BHUMIL
 Date: 23/08/16
 Age: 10 Sex: Female Mobile No.: +91-9978025506
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT Slip Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEA
 परीक्षण पत्र की प्रती
 VI: EKANAND SWIMMING
 PC: JI, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00486/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : ANJALI BEN Age : 10 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

61

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

City/Town/Village : 395420
 State : GUJARAT Pin Code : 395420
 District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (307491848496)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / SS

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

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

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

PART IV

I ANJALI 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. 00 & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

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

Date

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

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

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00651/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DWITI
 Date : 08/06/16
 Age : 3 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO

शहर/कस्बा/गाव
 City/Town/Village
 राज्य
 State : GUJARAT
 जिला
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425703)

Handwritten: PTC - Anant
 9727704037

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab E

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी वर्तमान आयकारी के अनुसार मासिक / मासिक पित्त / मासिक संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दो हजार पांच सौ रुपये) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the household is only Rs. 2500 (Two Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मेरी [DWITI] प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने प्राप्त किया है _____ की ओर से सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण कि-सूचक (संरक्षक) द्वारा मुझे उपकरण प्राप्त किया है।
 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.

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

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

दिनांक
 Date
 प्रमुख चिकित्सा अधिकारी / प्रमुख चिकित्सा
 Principal Medical Officer/Rehab Expert

SI-MO- (6)

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

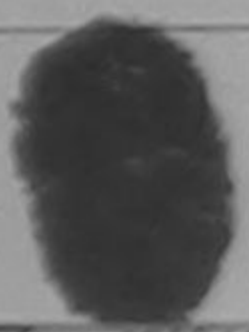
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00737/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/18
Name of the Beneficiary : WANSHIKA Age : 1 Sex : Female Mobile No. : +91-94094-12345
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED K2 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

K-1 (6)



City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396445
State : GUJARAT District : NAVSARI
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED K2 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

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

I WANSHIKA certify that I have not received similar kind of equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विनियोजित सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
 आई.एस.ओ. 9001:2000 प्रमाणित

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



476

Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00522

Assessment Date : 07/06/18
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MEET	आय Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MUKESH PATEL	जाति Category	: General		
पता Address	: NAVSARI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9586133144		
		ई-मेल Email ID	:		

473-K3
ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
 G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary : MEET
 Age : 8
 Father's Name : MUKESH PATEL
 Camp Place : SAHJAN PATEL HOSPITAL
 Date : 06/06
 Assessed for :
 Date of Distribution : 17/06/18
 Name of Assessing Rep :
 Signature : *[Signature]*

PART II

DUCAT	Quantity	Value
	1	6900.00
Total	1	6900.00

PART III

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/हेड मास्टर/एस.एस.ए. की हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार के एक विभागीय उपनिवेश निगम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई.एस.ओ. 9001:2000 प्रमाणित

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

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CHC, CHIKHLI

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01811

Assessment Date: 11/06/16
PART I

1188

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

उत्पादों का नाम Name of the Beneficiary	: RUTIK KUMA	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI PATEL	जाति Category	: ST		
पता Address	: RANVERIKURADA	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9574178093		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	ई-मेल Email ID	:		
पिनकोड Pin Code	: 396521				
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (522912346097)					

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/02173/ADIP-SPL (VIP) Date: 11/06/16
Name of the Beneficiary: RUTIK KUMA Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-9574178093
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1190 Ok. DE 17/09/16 Duplicate

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

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

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

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T17/01811/ADIP-SPL (VIP) Date: 11/06/16
Name of the Beneficiary: RUTIK KUMA Age: 12 Sex: Male Mobile No.: +91-9574178093
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

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

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



461

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

No. : 2016-17/NAVS2/T17/00442

Assessment Date : 07/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

प्राप्तकर्ता का नाम Name of the Beneficiary	: HANSA BEN	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Female
पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALI DAS	जाति Category	: General		
पता Address	: KALA KACHA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924731446	
ग्राम/गांव Town/Village	: JALALPORE	पिनकोड Pin Code	: 396404		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
कार्ड प्रकार और नं. Card Type & No.	: Ration Card (1025891032)				

PART II

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

2016-17/NAVS2/T17/00442/ADIP-SPL (VIP)
Beneficiary : HANSA BEN
Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

Date : 07/06/16
Age : 17
Sex : Female
Mobile No. : +91-9924731446

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

Date : _____

हस्ताक्षर/अंगूठा छाप
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00341/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : DAKSH Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9913729977
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (80%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

K-3
150

Card Type & No. : Aadhar Card (405876300708)

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

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

Signature of Medical Officer
 Signature of Medical Officer
 Signature of Medical Officer

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

Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its function and the signature/thumb impression (in part II above) done in my presence

Date: _____
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT / KNOWLEDGE SLIP Camp Venue: LADKIBEN URBAN HOSPITAL
 PUNJABI SOCIETY
 LUNJ/GUANAVSARI

परिक्षण प्राप्त पत्र

પરિણામ દર્શાવતી ડા. જી. જી. જી.

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/12/00511/ADIP-SPL (VIP) Date : 05/09/18
 Name of the Beneficiary : DANISH BHAI Age : 10 Sex : Male Address No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

Counter Signed by - Dist Authority

K-3 (151)

Father/Husband's Name :
 Address : REDAHAT COL SURAT
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396310
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Ration Card (122902012390576)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I 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.

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

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date : 21/08/16
Age : 7

Sex : Male

Mobile No. :

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00472/ADIP-SPL (VIP)

Name of the Beneficiary : DARSHIL

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

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

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

K-3 M-158

Town/Village : GUJARAT
Pin Code : 396560
District : NAVSARI
Mobile No. :
ई-मेल / Email ID :
Aadhar Card Type & No. : Aadhar Card (524362976873)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि / निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
r Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

DARSHIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अर्जित किया है।
I DARSHIL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at no cost/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि / निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Signature&Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/T12/00418/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DIMPAL BEN
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 21/08/16
 Age : 8
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9737

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

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

K-3
199

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396521
 जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (890848658146)
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred only)
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयव)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं DIMPAL BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिद्धि प्राप्त किया है।
 I DIMPAL BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi
 Date :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCQUIL, NAVSARI

પહાણ દાખલ કરવામાં આવેલું

परिक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/12/00511/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/18
 Name of the Beneficiary : DANISH BHAI Age : 10 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

पिता/पति का नाम
 Father's/Husband's Name

पता
 Address : REDAHAT COL SURAT

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396310
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (122902012390576)

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00341/ADIP-SPL (VIP) Date : 07/06/16
 Name of the Beneficiary : DAKSH Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9913729973
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (80%)

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

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

K-3
 150

ID Card Type & No. : Aadhar Card (405876300708)

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सक/अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/Principal/Head Master/SSA Rep.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षर्य / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (पाँच हजार) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary / father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Five Thousand only.)

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

मेरी जानकारी के अनुसार आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अर्पण किया है।
 I DAKSH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा 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
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

मैंने उपकरण को जांचा है और यह उपकरण उपरोक्त विवरण के अनुसार है।
 I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक :
 Date :

प्रीति चिकित्सक अधिकारी / वृद्धांग विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rahab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206006

आई एन ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00442

Assessment Date : 07/06/16
PART I

461

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HANSA BEN	आय Age	: 17	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KALI DAS	जाति Category	: General		
पता Address	: KALA KACHA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9924731446	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	पिनकोड Pin Code	: 396404		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (1025891032)					

PART II

461

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

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00442/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HANSA BEN
Date : 07/06/16
Age : 17 Sex : Female Mobile No. : +91-9924731446
Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (60%)

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811

Assessment Date : 11/06/16

1188

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RUTIK KUMA	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMESH BHAI PATEL	जाति Category	: ST		
पता Address	: RANVERIKURADA	मोबाइल न. Mobile No.	: +91-9574178093		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396521		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (522912346097)		जिला District	: NAVSARI		

PART II

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

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

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

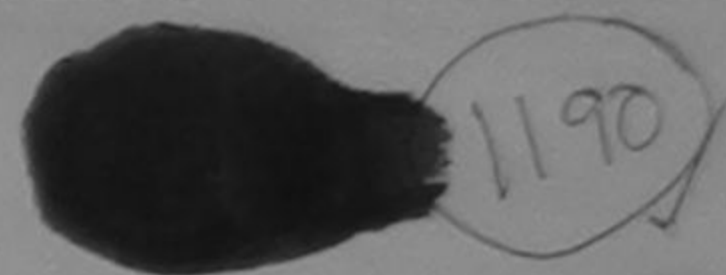
PART III

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/02173/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/16	Age : 12	Sex : Male	Mobile No. : +91-9574178093
Name of the Beneficiary : RUTIK KUMA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

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



Ok. DE

17/09/16

Duplicate

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01811/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/16	Age : 12	Sex : Male	Mobile No. : +91-9574178093
Name of the Beneficiary : RUTIK KUMA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVS2/T8/00522

Assessment Date: 07/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MEET	आय Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MUKESH PATEL	जाति Category	: General		
पता Address	: NAVSARI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9586133144		
		ई-मेल Email ID	:		

476

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

Name of Beneficiary: MEET

Age: 8

Father's Name: MUKESH PATEL

Camp Place: SAHAR PATEL HOSPITAL

Assessed for: 21/6/16

Date of Distribution: 21/6/16

Name of Assessing Rep: [Signature]

PART II

EDUCATION	Quantity	Value
	1	6900.00
Total	1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 5000 (शब्दों में Five Thousand मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

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

Sl. No - (6)

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00737/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : WANSHIKA Age : 1 Sex : Female Mobile No. : +91-9409419251

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

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

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

K-1 (6)



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

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab-Expert
ALIMCO, R.M.C.-V

PART III

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

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

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

मैं WANSHIKA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही मुझे उपकरण मिल पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00651/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/18
 Name of the Beneficiary : DWITI Age : 3 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

शहर/कस्बा/गांव
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (738541425708)
 District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आयकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the Beneficiary is Two Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

I 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.

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T17/00731/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : DARSHIT

Date : 22/08/16
Age : 7 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523107

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3

159

राज्य : GUJARAT
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (30110571776)

पिनकोड : 396430
जिला : NAVSARI

ई-मेल :
Email ID

PART II

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

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

निर्धारक शिक्षा अधिकारी/पनवीर विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of In-charge Officer/Rehab Expert

PART III

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

हस्ताक्षर - **भाण लक्ष्मण प्रतिबंधक अधिकारी सह**
Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

मैं DARSHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सरकारी योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य सहायता से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई उपकरण प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे होगी।
I DARSHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non-Government/Other Organizations 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 - **भाण लक्ष्मण प्रतिबंधक अधिकारी सह**
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

Date :
Place :

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATTA PATDAR VADINEAR
 પરીક્ષણ પત્રકની પત્રી VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/00448/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DEEP Age: 10 Sex: Male Mobile No.: +91-9624812848
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSED KE - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

(161) K-3

City/Town/Village : NAVSARI
 State : GUJARAT
 ID Card Type & No. : Ration Card (324095003788497)
 Pin Code : 396436
 District : NAVSARI
 Mobile No. : +91-9624812848
 Email ID :

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSED KE - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total			1 4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only) ₹ 2400 (read as Two Thousand Four Hundred only)

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

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

Health Officer, Gandevi
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

Health Officer, Gandevi
 Date: _____
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00355/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DEEPAK BHAI Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-9825883869
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3 (164) (164) MR

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT Pin Code : 380010
 State : GUJARAT जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (849743135798)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSARI/T17/00259/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Age : 10 Sex : Male

Mobile No. : +91-8238187028

Name of the Beneficiary : DEVANG

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

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

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

166 K-3

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

राज्य : GUJARAT
State

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

पिनकोड : 396404
Pin Code

जिला : NAVSARI
District

ई-मेल
Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date :

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

Place :

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

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

Certified that I have actually paid a sum of Rs.

(Rupees)

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00420/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/18
 Name of the Beneficiary : DHANSRI Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-8866347271
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-3 (173)

District _____
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Voter ID Card (DPB1483387)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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 liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर / प्रमूढ निमाजी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

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

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

Date : _____
 Place : _____

मासिक / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा प्रमूढ निमाजी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00097/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/06/16
 Name of the Beneficiary : DHARMESH Age : 8 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 - (174) (174) MR

City/Town/Village : राज्या राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396445
 जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VAD NEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POLJUNA THANA NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01192/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : DHRUVAM Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9725486482
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	1500.00

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

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

PART IV

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

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS1/T8/00059/ADIP-SPL (VIP)

Date : 06/06/16

Age : 7

Sex : Female

Mobile No. : +91-9824989

Name of the Beneficiary : DHRUVI

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

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)		1	3210.00
3	RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)		1	3210.00
4	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00
Total			4	14346.00

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

K-3 (190)

ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
2	RL 0Z 01-01 Kit AFO Modular LM Small (Right)	1	3210.00
3	RL 0Z 01-02 Kit AFO Modular LM Small (Left)	1	3210.00
4	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026.00
Total		4	14346.00

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

PART III

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

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

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

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

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

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.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DHRUVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 01-01, 3. RL 0Z 01-02, 4. TD 2N 85 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांततः हर एक अलग-अलग में प्राप्त किया है।
I DHRUVI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01, 2. RL 0Z 01-01, 3. RL 0Z 01-02, 4. TD 2N 85 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date : _____

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place : _____

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01095/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : DHRUVIL Age : 7 Sex : Male Mobile No. : +91-9228123226
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-3 (194)

राज्य : GUJARAT Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं DHRUVIL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I DHRUVIL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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 सहित
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00368/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : GOVIND
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 21/08/16
 Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9879622945

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

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

249 - 3
 प्रो. OK-DC

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT जिला District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (584727983571)
 अस्पष्टाई सेमपना स्थान
 पाठेइ इलेड आवड मुणज

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

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

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

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (सब्दी में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रभानायात्री/हस्ताक्षर एवं मोह
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं GOVIND प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर उपकरण प्राप्त किया है।
 I GOVIND 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. TALUKA HEALTH OFFICER NAVSARI is a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00834/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Age : 11 Sex : Male

Mobile No. : +91-9227523102

Name of the Beneficiary : DARPAN

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

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

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

City/Town/Village : राज्ज
State : GUJARAT

पिनकोड : 396436
जिला : NAVSARI
District

ई-मेल :
Email ID

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

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Signed by - Cooperative Agency/ Dist Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR1/T8/00045/ADIP-SPL (VIP) Date : 19/08/16
 Name of the Beneficiary : DARSHAN Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9913412507
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

153

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (843969601066)
 District : NAVSARI

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert
 अरुणदादे डेम्पनां स्थले
 जिल्हा शासनाचे मुख्य अधिकारी

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

मॉण निगम
(सार्वजनिक उपक्रम)
10/09/86
प्रतिष्ठान
CORPORATION OF INDIA
'ATNA' UNDERTAKING)
1-208016
COMPANY



Name of Beneficiary..... Darshana
Age..... 11 years
Father's Name.....
Camp Place..... CHC Date 11/6/16
Assessed for..... Donor
Date of Distribution.....
Name of Assessing Rep.....
Signature.....

157
Date : 11/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

शहर/कस्बा/गांव
City/Town/Village :
राज्य : GUJARAT
State :
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (767172379243)

आय Age	: 11	लिंग Sex	: Female
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7069744508		
ई-मेल Email ID	:		

PART II

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

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

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/परीक्षण विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert
Bikram Ku Moharana (P & O)

PART III

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

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

Taluka Health Officer
हस्ताक्षर - सहकारी/सहकारी/सहकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

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

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

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MA TIYA PATIDAR VADI, NEAR
 VII EKANAND SWIMMING
 POCL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00951/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DEEPI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)
 Date : 23/08/16
 Age : 10 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9624022827

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

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

163 OK DC 2-3

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 पिनकोड : 396436
 जिला : NAVSARI
 मोबाइल नं. : +91-9624022827
 ई-मेल :
 ID Card Type & No. : Ration Card (122905007012847)

PART II

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

PART IV

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

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

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

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

Date :
 Place :

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/18/00473/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : DEVENDRA Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-8141148134
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

171 K-3

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (610620524919)
 Mobile No. ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. J. Vansda, Di. Navsari

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

MEDICAL OFFICER
 PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. J. Vansda, Di. Navsari

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

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

परीक्षण पावती पची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00555/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/18
 Name of the Beneficiary : DHARMIK Age : 9 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MS/IED K12 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

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

3

K-3

City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396430 Email ID :
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MS/IED K12 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/सहकारी प्राधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/SSA Authority

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

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

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

No photo
 No income

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01065/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : DHRUV Age : 7 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

186 X3

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

PART II

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

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

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Sig. - Collaborative Agency/ Dist. Authority

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं DHRUV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अपनी राय में प्राप्त 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. Nil & in a good working condition.

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

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

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

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

दिनांक :
 Date :

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

Slip No. : 2016-17/NAVR2/17/00127/ADIP-SPL (VIP) Date : 20/08/16
 Name of the Beneficiary : DHRUV Age : 7 Sex : Male Mobile No. : +91-9726338956
 Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00
Total			2	5526.00

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

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (331184986396)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026.00
Total		2	5526.00

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

PART III

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

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

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं DHRUV प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित रूप पर भत्ता राशियों में प्राप्त किया है।

I DHRUV certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2N 85 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Date :

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00456/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : DHRUV Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91 8865347711
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

182 K3

State : GUJARAT Pin Code : 388001
 District : NAVSARI Email ID :
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Counter Signed by - Dist Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

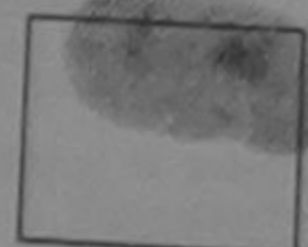
Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep.

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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. Nil & in a good working condition.

Counter Signed by - Dist Authority/ALMCO Rep. Date : Place :



Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00490/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : DHRUVI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 21/08/16
 Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-8140711990

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

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

City/Town/Village : NAVSARI
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (928166488866)
 पिनकोड : 396436
 Pin Code : 396436
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय ₹. 4000 (शब्दों में Four Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाध्यापक/मुख्य शिक्षक/सहायक प्रधानाध्यापक/मुख्य शिक्षिका/सहायक मुख्याध्यापिका के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR
परीक्षण पावती पर्ची /IVEKANAND SWIMMING
 POOL,JUNA THANA ,NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00353/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PALAK Age : 8 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
Total			2	11700.00

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

K-3 SUI Photo - OK

राज्य State : GUJARAT Pin Code : 389000
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (3010266451) जिला District : NAVSARI

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
Total			2 11700.00

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

PART III

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

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं PALAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण निःशुल्क/सिद्द/सब्सिडाइज्ड/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 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 subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

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

अवधि/validity: Minimum 5 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 प्रस्ता : न्यूनतम 5 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00402/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PARTH Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9813153153
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

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

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

K-3 549

Address
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (523407868561)

Mobile No.
 ई-मेल :
 Email ID

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

मैं PARTH प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी नई सूचनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी जानकारी जिम्मेदारी मेरी 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, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE
 NAVSARI

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICE
 NAVSARI

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

Date :
 Place :

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00683/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PARTH

Date : 08/06/18
 Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-7359812738

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

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

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

550
 K-3
 550

State : GUJARAT Pin Code : 396311
 जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

Email ID

Bikram Kir Moharana (P & T)
 Alimco Rehab Expert, Jabalpur
 RGI Reg No-2015-59267-A

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

I 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, from me.

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

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

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

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

दिनांक
 Date

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

परीक्षण रावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01104/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
 Name of the Beneficiary : PARTH SINGH Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9879745777
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		3	20700.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR		1	9200.00
Total			4	29900.00

इसका - डिस्ट अथोरिटी अधिकारी / एजिन्सि प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority (ALIMCO Rep.)

K-3 (553) Photo 45 photo ok de

सहायक कार्ड नं. / ID Card Type & No. : Aadhar Card (568337813959)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	3	20700.00
2	TD 3B 60 C P CHAIR	1	9200.00
Total		4	29900.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है कि इस लाभार्थी की वार्षिक आय / मासिक आय / मासिक आय ₹ 1000 (एक हजार) (Rupees One Thousand only) है।
 Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/father/guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

इसका - सहयोगी संस्था/एजेंसी / डिस्ट. अथोरिटी
 Counter Sig. by - Collaborating Agency / Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

इसका - डिस्ट अथोरिटी अधिकारी / एजिन्सि प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority (ALIMCO Rep.)

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

उपकरण रावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I PARTH SINGH certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 3B 60 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. ₹ & in a good working condition.

इसका - डिस्ट अथोरिटी अधिकारी / एजिन्सि प्रतिनिधि Date : _____
 Counter Signed by - Dist Authority (ALIMCO Rep.) Place : _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष उपकरण प्राप्त करने वाले वर्ग के लिए तथा 10 वर्ष उच्च लागत उच्च मूल्य के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR WADUNAR
 પરીક્ષણ પાવતી પર્ચી VIVEKANAND SPINNING
 POOLJUNA THANA NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00913/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PARVA Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9924022627
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

Counter Signed by - Dist. Authority (ALIMCO Rep.)

K-3 SSS *Handwritten marks*

City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396310
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (423888412878)
 Mobile No. : +91-9924022627
 Email ID :

PART II

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

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

Signature of Medical Officer

PART III

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

Signature & Stamp of the Principal/Head Master / BSA Rep.

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

RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I PARVA 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. _____ a good working condition.

Date : _____ Place : _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01105/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/15
 Name of the Beneficiary : PAYAL Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9973008500
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 556

શહેર/કસ્બા/ગાંવ : NAVSARI પિનકોડ : 396310 ઈ-મેલ :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 રાજ્ય : GUJARAT જિલ્લો : NAVSARI
 State District
 પહચાન પત્ર ઓર નં. ID Card Type & No. : Aadhar Card (682330756924)

PART II

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

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

Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

પ્રમાણિત કિયા જાતા છે કી મેરી વ્યક્તિગત જાનકારી કે અનુસાર સામાર્થી / ઉસકે પિતા / ઉસકે સંરક્ષક કે માસિક આવક રૂ. 2500 (શબ્દો મેં Two Thousand Five Hundred માત્ર) છે ।
 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.)

હસ્તાક્ષર - સહયોગી સંસ્થા/જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / સહયોગી સંસ્થા / જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / સહયોગી સંસ્થા
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

નિર્ધારક પ્રધાનાચાર્ય/હેડ માસ્ટર/એસ.એસ.ઈ. પ્રતિનિધિ કે હસ્તાક્ષર તથા મોહર
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

મેં PAYAL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે મેરે પિછને એક/ત્રી/દસ વર્ષો મેં ભારત સરકાર/રાજ્ય સરકાર તથા અન્ય સમાજિક યોજના કે અંતર્ગત કિસી શાસકીય/અશાસકીય/અન્ય સંસ્થા સે કોઈ ઉપકરણ પ્રાપ્ત નહીં કિયા છે. યદિ મેરે દ્વારા ટી વર્ક સૂચનાવેળાએ પ્રાપ્ત કરાતી છે તો મેરે ઉપર કાનૂની કારવાહી તથા આપૂર્તિ કિયે ગયે ઉપસ્કરણ ઉપકરણ કી પૂરી ભાગત મુનતાબ કી જિમ્મેદારી મેરે હોગી।

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

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ / અધિકારી
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

સામાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર / અંગૂઠા નિશાની (અવલસ્ક કે લિ.)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

ઉપકરણ પાવતી RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

મેં PAYAL પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે આજ દિનાકે મેં ભારત સરકાર કે ADIP-SPL (VIP) યોજના કે અંતર્ગત 1. TD 0M 01 ઉપકરણ નિ:શુલ્ક રિયાવતી દર પર અપ્લી કોસ્ટ મેં પ્રાપ્ત કિયા છે।
 I PAYAL 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.

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / એલિમ્કો પ્રતિનિધિ / અધિકારી
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

સામાર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર તથા અંગૂઠા નિશાની
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 પાવતા : ન્યનતમ 1 વર્ષ વિશેષ આવશ્યકતા વાલે બચ્ચો કે લિપ તથા 10 વર્ષ ઉચ્ચ કીમત ઉચ્ચ કોટિ કે ઉપકરણો કે લિપ

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00326/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PIYUSH Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9714803734
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3 (56)

561

सहर/कस्बा/गाव City/Town/Village	NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430	Email ID
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI	
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (3010214449)			

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICER
NAVSARI

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

Date :
 Place :

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01089/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : PIYUSH BHAI Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9574748677
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

PM Patel

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

K-3 (562)

Address
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 401606
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (365142873126)

PART II अस्पष्टाई डेम्पना स्थणे
 अस्पष्टाई डेम्पना स्थणे

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value	
1	TD 0M 01 MSIED KR - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00	
2	TD 2N 85 Rotator Size I (Child)	1	1026.00	
Total			2	5526.00

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

PART III

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

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/सहायक प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर एवं म
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Re

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 साभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लि
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of min

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PIYUSH BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 2. TD 2N 85 उपकरण निःशुल्क/सुबसिडाईड कीमत पर अपनी सज्जन में प्राप्त किया है।

I PIYUSH BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01. 2. TD 2N 85 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 / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 साभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00789/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/18
 Name of the Beneficiary : PRACHI Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-9909813124
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3 (564) photo

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (843)				

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

Date : _____

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

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

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

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00488/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : PRAFUL Age : 11 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

Handwritten notes: 568, 3

City/Town/Village : NAVSARI पिनकोड : 385350 Mobile No. :
राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI ई-मेल :
State : GUJARAT डिस्ट्रिक्ट : NAVSARI Email ID :
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

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

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

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

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

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

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

मे PRAFUL प्रमाणित करता/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी 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 legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

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

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

PART IV
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

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

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

Date :
Place :

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00478/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : PRANAV Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9825452435
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

K-3 570 photo

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 ई-मेल
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (758551454219)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
Ta. Vansda, Di. Navsari

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00285/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PRATHAM BHAI Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9998043787
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 (573) *for*

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (796166678027)
 District

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माझाची / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (सब्बों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)
 भाण लज्ज प्रतिबंधक अधिकारी सह
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

भाण लज्ज प्रतिबंधक अधिकारी सह
 उषला सभाष सुरभा अधिकारी
 हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 माझाची / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
 परीक्षण पावती पर्ची

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

Date : 21/08/16
 Age : 9
 Sex : Female
 Mobile No. : +91-9423991190

Slip No. : 2015-17/NAVR/IT17/00308/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : PRATIK
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3
 575

Block ID : 4004007528
 District : NAVSARI
 Email ID

PART II

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

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

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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

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

Date : _____
 Signature of Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

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

Slip No. : 2016-17/NAVR/12/00386/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/03/18
 Name of the Beneficiary : PREETI Age : 9 Sex : Female Mobile No. : +91-9727490052
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 (579) 17/9.

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

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

Date :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

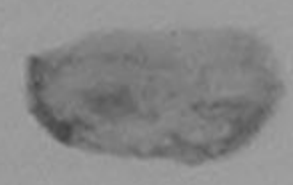
ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00463/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PREM Age : 10 Sex : Male Mobile No. : +91-8860347271
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-3 (50)



पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (251847332952)
 जिला District : NAVSARI

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

I 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
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PREM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रिवायती दर पर अर्पण प्राप्त किया 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 / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

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

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

ASSESSMENT & KNOWLEDGE SLIP Camp Venue: LADUBEN
 PUSPAX S
 LUNCIOVA



Slip No. : 2016-17/NAVSA/IT17/00576/ADIP-SPL (VP)
 Name of the Beneficiary : PREM
 Date : 20/08/16
 Age : 2 Sex : Female
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TO USE IN MISED HW - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

K-3 (582)

ADIP-SPL (VP)
 :Female

Counter Signed By - Dist Authority

City/Town/Village : GUJARAT
 District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (jio2215176)

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TO USE IN MISED HW - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

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

Counter Sig. Dist Authority

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

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

Counter Signature - Dist Authority

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

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I hereby certify that I have received 1 TO USE IN MISED HW appliances under ADIP-SPL (VP) scheme of Govt. of India at subsidized/free

Counter Signature - Dist Authority

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00627/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : PRIAYANKA Age : 10 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

K-3 (583)

State : GUJARAT Pin Code : 380001 Email ID :
 जिला : NAVSARI District :
 ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

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

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

PART III

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

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.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

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

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

Slip No. /00509/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16
Name of Beneficiary : R. YAKA	Age : 9 Sex : Female Mobile No. :
Type of Disability : PAIRED (75%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01	SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total			1	4500.00

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

K-3 (588)

शहर/कस्बा/ Village	Pin Code
City/Town /Village	
राज्य : GUJARAT	जिला : NAVSARI
State	District
पहचान पर आधारित ID Card Type & No. : Aasha Card (859669698981)	

PART II

Type of Disability : PAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01	1	4500.00
Total		1	4500.00

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

PART III

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

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

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

मैं PRIN/अधिकारी/अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि के रूप में घोषणा करता हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मैंने उपकरण प्राप्त किया है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I PRIN/Authority/ALIMCO Rep. have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied to me.

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं PRIN/अधिकारी/अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि के रूप में घोषणा करता हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर प्राप्त किया है।
 I PRIN/Authority/ALIMCO Rep. hereby certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized rate of cost of Rs. _____ & in a good working condition.

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

Date : _____
 Place : _____

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00531/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MUZAFFAR Age : 7 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

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

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

K-3 510

City/Town/Village :
 State : GUJARAT Pin Code :
 District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Voter ID Card (YIO2447670)

PART II

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

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

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

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके सरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (शब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।

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

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

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T17/00400/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : MANISHA BEN Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9909543013
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

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

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

WSM 2-3

State : GUJARAT District :
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (241745043366)

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

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

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

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

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

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

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T17/00761/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MANSI
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 07/06/16
 Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9925507730

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

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

17/3/16 456
 Dublauber

City/Town/Village :
 राज्य : GUJARAT
 State :
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (NA)
 Pin Code : 390404
 जिला : NAVSARI
 District :
 Email ID :

PART II

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

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

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

PART III

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

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

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

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

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

Date :
 Place :

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

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

दिनांक
 Date :

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

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : M TIYA PATIDAR VADINEAR
परीक्षण पावती पर्ची VI EKANAND SWIMMING
 POC - JUNA THANA NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01186/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MANTHAN Date : 23/08/16
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%)
 Age : 7 Sex : Male Mobile No. :
 S.No. Appliances Detail Remark Quantity Value
 1 TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT 1 4500.00
 2 TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA) 1 7200.00
 3 TD 2N 85 Rolator Size I (Child) 1 1026.00
 Total 3 12726.00
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436 Mobile No. :
 City/Town/Village राज्ज : GUJARAT ई-मेल :
 State पहचान पत्र और नं. : Other (school4) जिला : NAVSARI Email ID :
 ID Card Type & No. : Other (school4) District

PART II

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

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
3	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)	1	1026.00
Total		3	12726.00

PART III

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

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.)

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

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

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

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

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

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

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

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाथी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

*Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 * न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00501/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MANTHAV KUMAR

Date : 21/08/16
Age : 10 Sex : Male
Mobile No. : +91-9429275872

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

MSA

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/Town/Village :
राज्य : GUJARAT
जिला : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (495754970161)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 3500 (शब्दों में Three Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MANTHAV KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
I MANTHAV KUMAR certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MANTHAV KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर सहायी संस्थान में प्राप्त किया है।
I MANTHAV KUMAR certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01750/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/03/16
 Name of the Beneficiary : MAULIKA BEN Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-8141814494
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Duplicate 17/09/16

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert
 RCI Reg No. 2015-3697A

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAULIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा केवल मुफ्त/सब्सिडी प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरे होगी।
 I MAULIKA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MAULIKA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवावती दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I MAULIKA BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Eligibility: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 * : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00445/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MAVLIK BHAI Age : 8 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

461
 X3
 R

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (884956666375)
 District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAVLIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस* वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा कोई नई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MAVLIK BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MAVLIK BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अंशुली शब्दों में प्राप्त किया है।
 I MAVLIK BHAI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष उपकरण प्राप्त करने वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKA AND SWIMMING POOL, LINA THANA, NAVSAR.

परिष्कार पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T12/00413/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : MAYANK KUMAR Age : 10 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

City/Town/Village : Pin Code : 396521
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (534404041164)

PART II अरण्यादारे केमनां स्थाने पाहिले करेल आवड मुयल

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक विकित्सा अधिकारी/पुनर्वासि विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees—Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master/SSA Rep.

मैं MAYANK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस, वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये सई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MAYANK KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

मैं MAYANK KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /सिवायती दर पर उपरोक्त स्थान में प्राप्त किया है।
 I MAYANK KUMAR certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : **IZATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI**

परीक्षण प्राप्त की पर्या

Slip No. : 2016-17/NAVR3/12/00441/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : **MAYUR** Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9726539550
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

468

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पिता/पति का नाम : **DIDAK BHAI** Category : General
 Father's/Husband's Name

पता : **UNDHAN LUHAR FALIYA GANDEVI**
 Address

शहर/कस्बा/गांव : **NAVSARI** पिनकोड : **396321**
 City/Town/Village Pin Code

राज्य : **GUJARAT** जिला : **NAVSARI**
 State District

पहचान पत्र और नं. : **Aadhar Card (590256797824)**
 ID Card Type & No.

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total			1 4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं **MAYUR** प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुझसे की जा सकती है।
 I **MAYUR** certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

**Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi**

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण प्राप्त की RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV**

मैं **MAYUR** प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावधि दर पर उच्च कीमत में प्राप्त किया है।
 I **MAYUR** certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

**Taluka Health Officer,
 T. H. Office, Gandevi**

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

No. : 2016-17/NAVR3/T/2/00403/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MEET KUMAR
 Date : 21/08/16
 Age : 5 Sex : Male Mobile No. : +91-9727302591
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (90%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)		1	7200.00
2	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			2	11700.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

477 C-3 please sent w/c. along with this
 18.09.16.

शहर/कस्बा/गाव : NAVSARI पिनकोड : 396430 ई-मेल :
 City/Town/Village Pin Code Email ID
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State District
 पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (3341451665233)
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (3341451665233)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (MAMTA)	1	7200.00
Total			2 11700.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Exp.

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जमाती / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (सब्दी में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA R

मैं MEET KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी सहायकीय/असहायकीय/अन्य सहाय कोशे उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ये सई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी होगी।
 I MEET KUMAR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MEET KUMAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 उपकरण प्राप्त किया/करी है।
 I MEET KUMAR certify that today I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR
 परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00511/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : MEGHNA Age : 7 Sex : Female Mobile No. : +91-7043151373
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

W78

Address : NAVSARI
 शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI पिनकोड : 396436
 City/Town/Village : NAVSARI Pin Code : 396436
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (324006002642215)
 Mobile No. : +91-7043151373
 ई-मेल :
 Email ID :

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MEGHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य नहीं जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

MEDICAL OFFICER

I MEGHNA certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

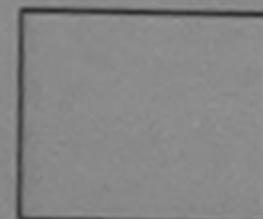
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MEGHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिद्धान्तित दर पर अपनी शायन में प्राप्त किया है।

I MEGHNA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER

PHC - AMBAPANI



हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

Slip
01587

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, CHIKHLI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04247/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	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

472

Dubliat 11/09/16

पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (647292392630)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्रमुख विशेषज्ञ/हस्ताक्षर
 Signature of **Alimco Rep. Expert** / **Rehab. Expert**
 RCI Reg No-2015-58267

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार माता/पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MAYURI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

माता/पिता / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MAYURI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
 I MAYURI BEN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

माता/पिता / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/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	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00456/ADIP-SPL (VIP) Date : 21/08/16
 Name of the Beneficiary : MEHUL Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9998357842
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

481
 2-3

शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (911153567343)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (शब्दों में Two Thousand Four Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MEHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MEHUL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the information is false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

TALUKA HEALTH OFFICE
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALAPOR, TA JALAPOR, DIST Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MEHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिद्धान्तित दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I MEHUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICE
 TALUKA HEALTH OFFICE
 JALAPOR, TA JALAPOR, DIST Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00351/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MEHUL BHAI
 Date : 07/06/16 Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-9999357792
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	5900.00
Total			1	5900.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

Handwritten signature and stamp with number 484.

Wahar Card (911153567343)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	5900.00
Total		1	5900.00

Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Four Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

I (MEHUL BHAI) certify that I have not received any "Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years" from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

I (MEHUL BHAI) certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____ Place : _____
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I am satisfied as per prescription given above and I fully satisfied with his treatment, and my thumb impression (in part III above) done in my presence

Signature
 Date

Signature of Medical Officer/Rehab Expert

Slip No. : 2018-17 NAVSARI TALUKA ADHA SPC (18)
 Name of the Beneficiary : Mr. ...
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (10%)
 Date of Birth : ...
 Age : ...
 Sex : ...
 Blood Grp : ...

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TO OR ZI M... ..	1	4500/-
Total		1	4500/-

Signature of Medical Officer : ...

4180
 photo-OK DC

Address : NAVSARI
 City/Town/Village : ...
 State : GUJARAT
 District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (10%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TO OR ZI M... ..	1	4500/-
Total		1	4500/-

Signature of Medical Officer : ...

PART III

Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 Signature & Stamp of the Principal Medical Officer (MCO) ...

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor) ...

RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

I received 1 TO OR ZI appliances under ADHA SPC (18) scheme of Govt. of India at subsidised cost of Rs. 4500/- & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICER
 NAVSARI

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.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADUNEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01012/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : MIHIR Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-7600148621
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIF D Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

State : GUJARAT Pin Code : 396436 Email ID :
 पहचान पत्र और नं. जिला : NAVSARI
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (66614289047) District

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIF D Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार मासिक / मासिक पाल / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2400 (दो हजार चार सौ) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Four Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी निर्धारक प्रधानाचार्य/ईड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist Authority Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MIHIR प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले अठारह वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक संस्था के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है।
 I MIHIR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/thirteen years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं MIHIR प्रमाणित करता हूँ कि आज दिनांक 23/08/16 मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अर्पण किया है।
 I MIHIR certify that today 23/08/16 I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : _____
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01209/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : MILAN Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9924000452
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

488-K3

City/Town/Village : राजव Pin Code : 396463 Email ID :
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (273603533383)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत आयकारी के अनुसार आयकारी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (दसहत्त में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MILAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/दो/तीन वर्षों में अपने सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सार्वकीय/असार्वकीय संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे उपकरण की मरम्मत/संभाल पाई जाती है तो मेरे उपकरण की मरम्मत/संभाल के लिए मैं स्वयं को उत्तरदायी मानता/मानती हूँ।
 I MILAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सहभागी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं MILAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुसज्जित ढा पर अपनी
 I MILAN 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 / एडिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

सहभागी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR
परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

App No. : 2016-17/NAVR3/T17/00516/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MILIN
 Date : 21/08/18
 Age : 11 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9905888142

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

489

राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 पहचान पत्र और नं. : Ration Card (4004042579)
 ID Card Type & No. : Ration Card (4004042579)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MILIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MILIN certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. If the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MILIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबावती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I MILIN certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER
PHC - AMBAPANI
 Ta. Vansda, Di. Navsari

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I am fully satisfied with the prescription given above and I fully satisfied with its execution (in part III) above) done in my presence
 प्रिस्क्रिबिंग चिकित्सा अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCUQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00611/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : MIZA BEN Age : 9 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पंचायत/सहकारी/संयुक्त प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

4497-X3

पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)
 जिला District : NAVSARI

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पंचायत विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी एजेंसी/संयुक्त प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MIZA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी सामूहिक/असामूहिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मुझे उपकरण की मरम्मत/दुरुस्ती की आवश्यकता पड़ेगी तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताब की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MIZA BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MIZA BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/पंचायत/सहकारी/संयुक्त प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

Date : _____
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

133

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00422/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16	Mobile No. : +91-8866347271		
Name of the Beneficiary : MOAHMMAD	Age : 11	Sex : Male		
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.				

State : GUJARAT	जिला District : NAVSARI
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)	

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)					
S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value		
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00		
Total			1		4500.00
निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer / Rehab. Expert					

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार जमाएँ / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्बों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/सहकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MOAHMMAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MOAHMMAD certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / जंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MOAHMMAD प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिधायी दर पर सब्सिडी/मुफ्त में प्राप्त किया है।
 I MOAHMMAD certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा जंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUILNAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00434/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : MOD. RAZA
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 08/09/16
 Age : 9 Sex : Male Mobile No. : +91-8286347271

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ANMCO Rep.

State : GUJARAT जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. : Other (NA)
 D Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (सब्दी में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MOD. RAZA प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस- वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार वा अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से को उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि को सुधार की गई सुचनाएं मिल पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही वा आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MOD. 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 aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ANMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MOD. RAZA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।

MOD. RAZA certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidised/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमसी प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ANMCO Rep.

Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Date : 22/08/16 Age : 11 Sex : Female Mobile No. : +91-9638063955

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00697/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : MOHINI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

505-43

State : GUJARAT
District : NAVSARI
Pin Code : 396450
ID Card Type & No. : Aadhar Card (554283156584)

Email ID

PART II

अनुदानित उपकरणों का स्थान
जहाँ उपकरणों का उपयोग किया जा रहा है

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 350 (सब्सी में Three Hundred Fifty मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three Hundred Fifty only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/प्रिंसिपल/एडमिशन ऑफिसर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master/ISA Rep.

मैं MOHINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MOHINI certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MOHINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुबसिडाइज्ड दर पर अपनी सहायता से प्राप्त किया है।

I MOHINI certify that today _____ I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमेंटरी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

TALUKA HEALTH OFFICE
TALUKA NAVSARI

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL
परिवाण पावती पर्चा PUSPAK SOCIETY
 LUNCIGUJ NAVSARI

Slip No. : 2015-17/NAVSA1/T17/D0539/ADIP-SPL (VIP) Date : 06/09/16
 Name of the Beneficiary : MOHIT Age : 11 Sex : Male Mobile No. :
 Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total:			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

507-K3

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (na)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total:		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार सहायी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (सब्दों में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MOHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा ही कोई उपकरण प्राप्त किया जाता है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या अर्पण किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MOHIT certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MOHIT प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सुधुल्क/रिवायती दर पर अपनी सहायता से 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.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T17/00787/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : MUKTI KUMARI Age : 9 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

508 K-3

शहर/कस्बा/गाव : KHERGAM पिनकोड : 396430 Email ID
 City/Town/Village Pin Code
 राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI District
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (4004053767)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार में Two Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MUKTI KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुनताज की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I MUKTI KUMARI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं MUKTI KUMARI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I MUKTI KUMARI certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Prescribing Medical Officer/Rehab Expen

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



134

Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00445

Assessment Date : 07/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: BHUSARA	आयु Age	: 8	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: HARESH BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: MADHULNA FALIYA	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: JALALPORE	पिनकोड Pin Code	: 396445		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (NA)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

विशेष विधिकार/अधिकारी/संरक्षक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00445/ADIP-SPL (VIP)	Date : 07/06/16			
Name of the Beneficiary : BHUSARA	Age : 8 Sex : Male Mobile No. :			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Patel C.T

134-K3

बनारसी शहर में एक स्थान पर।

I BHUSARA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of GOVT. of India as subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

दिनांक
Date :

प्रेषणकारी चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01055

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: BIRIJAL	आयु Age	: 7	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MAHESH B HAI	जाति Category	: General		
पता Address	: UMARDI PARDI VALSDA PARDI VALSDA		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (801920424209)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED-(50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01055/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16			
Name of the Beneficiary : BIRIJAL	Age : 7 Sex : Female Mobile No. :			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

137-47

BIRIJAL S PARDI
801920424209

(Signature)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं BIRIJAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
I 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.

(Signature)
जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

(Signature)
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



142

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01176

Assessment Date : 23/08/16
PART I

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: CHAMPAK	आयु Age	: 11	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ISHWAR BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: DHARAMPUR VALSAD		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (425002001805616)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR V VEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01176/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : CHAMPAK	Age : 11 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	

No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed / - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं CHAMPAK प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर
अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I CHAMPAK 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 Nil & in good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : Date :

नामार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



S

R ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



143



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00371

Assessment Date : 21/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: CHETALI	आय Age	: 11	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHANA BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: VESLI GUJRATI SCHOOL GANDEVI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879484721	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (school)					

PART II

અરજદારે કેમ્પનાં સ્થળે
બહેર કરેલ આવક મુજબ

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR
પરીક્ષણ પાવર્તી પર્ચી VIVEKANAND SWIMMING
POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00371/ADIP-SPL (VIP)

Date : 21/08/16

Name of the Beneficiary : CHETALI

Age : 11 Sex : Female

Mobile No. : +91-9879484721

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / અભિસ્કો પ્રતિનિધિ
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

Taluka Health Officer,
Gandevi.હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / અભિસ્કો પ્રતિનિધિ, Gandevi.
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.નામર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર / અંગૂઠા નિશાની (અવયસ્ક કે લિણ)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IVI CHETALI પ્રમાણિત કરતા/કરતી હું કે આજ દિનાંક મને ભારત સરકાર કે ADIP-SPL (VIP) યોજના કે અંતર્ગત 1. TD 0M 01 ઉપકરણ નિ:શુલ્ક /રિવાયતી દર પર અપહી
મને મળ્યું છે.I CHETALI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.Taluka Health Officer,
Gandevi.હસ્તાક્ષર - જિલ્લા અધિકૃત અધિકારી / અભિસ્કો પ્રતિનિધિ, Gandevi.
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :નામર્થી / સંરક્ષક કે હસ્તાક્ષર તથા અંગૂઠા નિશાની
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
પાત્રતા : ન્યનતમ 1 વર્ષ વિશેષ આવશ્યકતા વાલે બચ્ચો કે લિણ તથા 10 વર્ષ ઉચ્ચ કીમત ઉચ્ચ કોટિ કે ઉપકરણો કે લિણ

No income

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
 भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
 (भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)
 जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
 आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
 ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00505

Assessment Date: 21/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No.: 2016-17/NAVS45/T17/02333

Assessment Date: 10/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: DHEERAJ	आय Age	: 11	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KAMLESH	जाति Category	: ST		
पता Address	: VASIYA TALAV	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT				
पिनकोड Pin Code	: 396580				
जिला District	: NAVSARI				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Ration Card (324006000217748)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T8/00505/ADIP-SPL (VIP)	Date: 21/08/16			
Name of the Beneficiary: DHIRAJ SHAI	Age: 11 Sex: Male Mobile No.: +91-9687703493			
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)				
S.No.	Appliances Detail	Remarks	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
			Total	1 4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I DHEERAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं DHEERAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावधि दर पर अर्धवधि भाजन में प्राप्त किया है।
 I DHEERAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: **LADUBEN URBAN HOSPITAL**
परीक्षण पावती पत्र PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQULNAVSAR.

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00684/ADIP-SPL (VIP) Date: 08/09/18
 Name of the Beneficiary: TRITH Age: 7 Sex: Male Mobile No.:
 Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist. Authority/AL/MCO Rep.

2331

807
L-3

State: GUJARAT District: ...
 D Card Type & No.: Voter ID Card (DNL4819652)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATP	1	4500.00
Total		1	4500.00

Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES

PART IV

I TRITH certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/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.

नागर्य / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

I TRITH 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.

नागर्य / सरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष दिव्यांगता/असक्तता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरात्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00740

Assessment Date : 22/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: HINALI	आय Age	: 11	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KASHINATH DESMUKH	जाति Category	: SC		
पता Address	: MAMTA MANDIR VIJALPORE	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638063955		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 936436		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Other (school)	अल्पदारे केमनां स्थले			

PART II

जिहेंट डरेल आचर भयल

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00740/ADIP-SPL (VIP)

Date : 22/08/16

Age : 11 Sex : Female

Mobile No. : +91-9638063955

Name of the Beneficiary : HINALI

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिले का प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I hereby certify that I have not received similar Aids/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / जिले का प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HINALI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I HINALI 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 / जिले का प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Maximum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1403

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00325

Assessment Date : 21/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: UZAIFA	आयु Age	: 15	लिंग Sex	: Male	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: TAIYAB SALLO	जाति Category	: General			
पता Address	: UNCHA MAHOLLA BHEL NAVSARI				मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9409461271
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:	
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (381015559613)						

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00325/ADIP-SPL (VIP)	Date : 21/08/16	Age : 15	Sex : Male	Mobile No. : +91-9409461271
Name of the Beneficiary : UZAIFA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1403 KY OK.DC

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अव्यक्त के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं UZAIFA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अपनी शब्दन में प्राप्त किया है।
I UZAIFA certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

TALUKA HEALTH OFFICE
JALAPOR TA JALAPOR, DIST NAVSARI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01497

Assessment Date : 11/06/16
PART I

1414

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VANDANA	आयु Age	: 26	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VINOD	जाति Category	: General		
पता Address	: PARAMERA		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (782091687771)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail
-------	-------------------

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/04157/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VANDANA

Date : 11/06/16
Age : 26

Sex : Female

Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/8/16

dublabu

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं VANDANA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर सब्सिडी/मुक्त कीमत में प्राप्त किया है।
 I VANDANA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01497/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VANDANA

Date : 11/06/16
Age : 26

Sex : Female

Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (60%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

असहायता योजना के अंतर्गत योजना

(असहायता योजना के अंतर्गत योजना)

के. टी. रोड, कानपुर, 208015

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR, 208015
AN ISO 9001:2008 COMPANY



1420

Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No.: 2015-17/NAVSAR/1800131

Assessment Date: 06/06/15
PART I

नाम Name of the Beneficiary	: VANITA	उम्र Age	: 15	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father/Husband's Name	: MESHUBHAI	श्रेणी Category	: SC		
पता Address	: BENSAR ROAD	मोबा. नं. Mobile No.	: +91-9824433715	ई-मेल Email ID	
प्रशासनिक City/Town/Village	: NAVSARI	पिन कोड Pin Code	: 395445		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
आई कार्ड टाइप & नं. ID Card Type & No.	: Aardhar Card (465052127087)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TO USE M/S. M/S. KE. M/S. SECURITY INTEGRATED TOILET	1	8900.00
Total		1	8900.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR FACUNEAR
VIVEKANAND DARBING
POXA JUNA THARS NAVSARI

Slip No.: 2015-17/NAVSAR/1700131/ADIP SPL (VP) Date: 20/06/15

Name of the Beneficiary: VANITA Age: 15 Sex: Female Mobile No.: +91-9824433715

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TO USE M/S. M/S. KE. M/S. SECURITY INTEGRATED TOILET	1	8900.00
Total		1	8900.00

Counter Signed by: Dist Authority/KLMCO Rep. Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I, VANITA, certify that today I received 1 TO USE M/S. M/S. KE. M/S. SECURITY INTEGRATED TOILET under ACP SPL (VP) scheme of Govt. of India at subsidized price of cost of Rs. 8900 & in a good working condition.

Counter Signed by: Dist Authority/KLMCO Rep. Place: _____ Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CANS & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक विभागीय उपनिवेश संयंत्र)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई.एस.ओ. 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC ,CHIKHLI

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01980

Assessment Date : 11/06/16
PART I

1455

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VINAY	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAMAN BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: CHIKLI				
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: CHIKHLI	पिनकोड Pin Code	: 396521		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8128045006				
ई-मेल Email ID	:				
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (474519404169)					

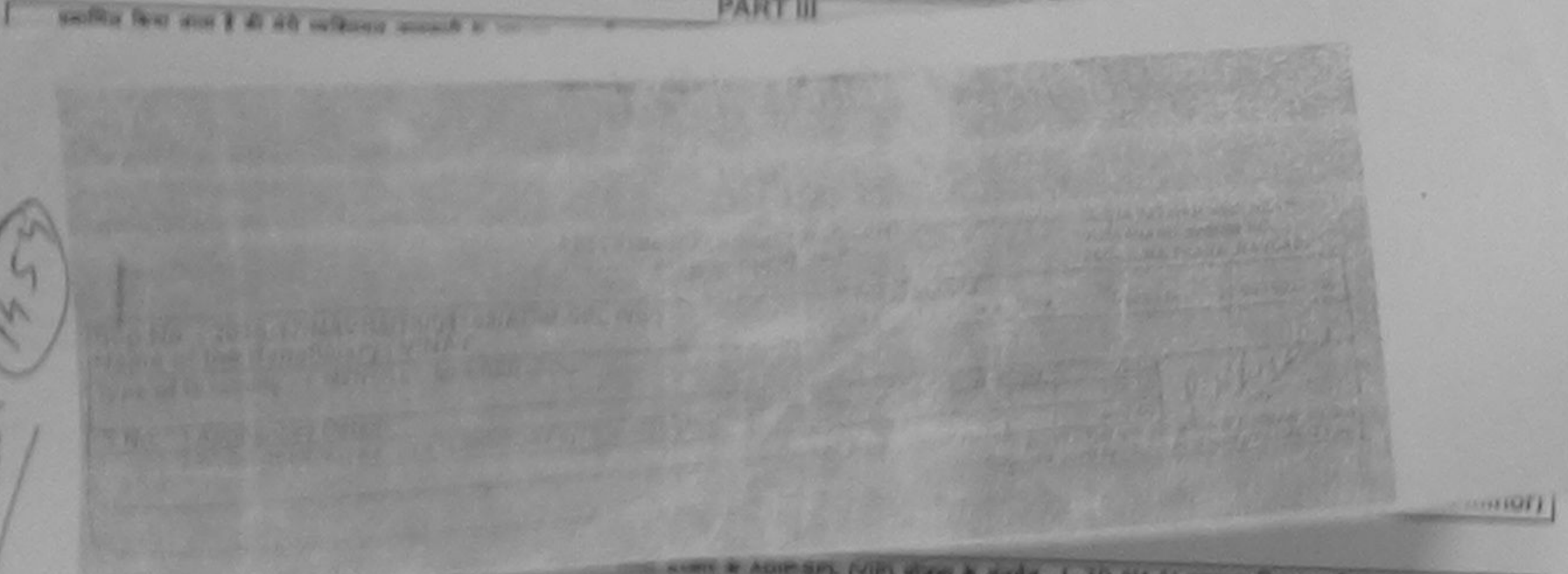
PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of *[Name]* (P & Q)
Signature of *[Name]* (P & Q)

PART III



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 / प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

Date : _____

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पारता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T17/01980/ADIP-SPL (VIP)
नामार्थी : VINAY
Type of Disability : MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date : 11/06/16
Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-8128045006

Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
TD 0M 01 MSIED KL - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATE		1	6900.00
Total		1	6900.00

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1474

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00722

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VISHAL	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAY SINGH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: VINAYAK APP PALANPUR JKTNER		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9974729931	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396396		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (NA)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED K2 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

1473 & 4

ASSESSMENT, ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00722/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : VISHAL
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (45%)
 Date : 22/08/16
 Age : 13 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9974 729931

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD OM 01 MSIED K2 - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
Total		1	4500.00

2495

8/8/16

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं VISHAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD OM 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावधि दर पर प्राप्त किया है।
 I VISHAL certify that today _____ I received 1. TD OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1497

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00997

Assessment Date: 23/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: WSHAILESH BHAI	आय Age	: 29	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MANSUKHLAL	जाति Category	: OBC		
पता Address	: 17 BAICHAND NAGAFR	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	: Aadhar Card (523409032142)	जिला District	: NAVSARI		

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

आय का अनुमान: नामार्थी / उनके पिता / उनके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR5/T17/00997/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary: WSHAILESH BHAI

Date: 23/08/16

Age: 29 Sex: Male

Mobile No.:

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि

Date:

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place:

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष के लिए और उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

नावसारी.



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : CHC, KHERGAM

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00638

Assessment Date : 08/06/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAHUL	आयु Age	: 20	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SUBHASH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: GOIMA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9727294566	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: KHERGAM	पिनकोड Pin Code	: 396312		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (489221506601)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%) V. Moharana (P & Q)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00638/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : RAHUL Age : 20 Sex : Male Mobile No. : +91-9727294566
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

1071
K-4

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी
 भावना से प्राप्त किया है।
 I RAHUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
 of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date :
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the appliance given to the disabled as per prescription given above and I am fully satisfied with its
 fitment, and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

डिप्टी डिप्टी अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
 Proposing Medical Officer/Rehab Expert

दिनांक
 Date

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)
 गे. टी. रोड, कानपुर - 208016
 एन आई 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
 (A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
 G.T. ROAD, KANPUR-208016
 AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00483

Assessment Date : 21/08/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAHUL	आयु Age	: 13	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: LAKSHMI KANT	जाति Category	: ST		
पता Address	: UNAR KUNJ VANSDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9737998284	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (324006004259085)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC, KHERGAM

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00740/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RAHUL
 Date : 08/06/16
 Age : 13
 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9975635484
 Type of Disability : 1. HEARING IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0E 17 BTE Digital Type Hearing Aid Type II		2	11764.00
2	TD 0E 21 13 Zinc-Air Battery		2	280.00
Total			4	12044.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

MEDICAL OFFICER

PHC - AMBAPANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Ta Vansda Di Navsari

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावली दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।
 I RAHUL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER

PHC - AMBARANI

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Ta Vansda Di Navsari

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1087

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00941

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नाभार्यी का नाम Name of the Beneficiary	: RAHUL	आय Age	: 24	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BHIKA BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SHARI NAGR, SURAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879389200		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Ration Card (122901004444212)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00941/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16
 Name of the Beneficiary : RAHUL Age : 24 Sex : Male Mobile No. : +91-9879389200
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KA - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / अतिरिक्त प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / अतिरिक्त प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

I RAHUL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क / नि:शुल्क दर पर अर्पण करने में सक्षम किया है।
 I RAHUL certify that today _____, I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / अतिरिक्त प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Expn

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



879

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01035

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YOGINI	आयु Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NILESH BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: VAPI DUEURI FALIYA VALSDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7201973863	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)			ई-मेल Email ID	:	

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%) 2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - M...		

879

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01035/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : YOGINI	Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-7201973863
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)	2. ORTHOPAEDICALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - M...		1	4500.00
2	TD 2A 06 Wheel Chair Folding Child Size (M/MTA)		2	4400.00
3	TD 2N 85 Rolator Size I (Child)		1	1026.00
Total			4	19926.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist. Authority / ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

879

recovery of the full cost of

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YOGINI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक ... मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06, 3. TD 2N 85 उपकरण ...

I YOGINI certify that today ... I received 1. TD 0M 01, 2. TD 2A 06, 3. TD 2N 85 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date : ...

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विनीतान्त सार्वजनिक उपक्रम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित
ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



878

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00851

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YOGESH BHAI	आयु Age	: 11	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VASANT BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: BHUDBHUJA UCHCHAL TAPI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9227523102	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396436	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Other (school)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T8/00851/ADIP-SPL (VIP) Date : 22/08/16
Name of the Beneficiary : YOGESH BHAI Age : 11 Sex : Male Mobile No. : +91-9227523102
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I YOGESH BHAI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied from me.

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

I YOGESH BHAI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एडिम्को प्रतिनिधि Date : _____
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____

हस्ताक्षर - लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost/High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष अवयवता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीमती के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार के एक विशेष सरकारी उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00327

Assessment Date : 08/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YOG	आयु Age	: 9	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KAMLESH	जाति Category	: ST		
पता Address	: GADOKHAL BHARUKCH		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9998043787	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (21892514001152)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQUL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00327/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16	Age : 9	Sex : Male	Mobile No. : +91-9998043787
Name of the Beneficiary : YOG				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

877-K3
Shreshth
17/9

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं YOG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिबायती दर पर अच्छे
हालत में प्राप्त किया है।
I YOG 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,
आज मुझे प्रतिशुल्क/रिबायती दर पर
एलिम्को समाज सुरक्षा अधिकारी
हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 206006

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-206016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00496

Assessment Date : 08/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

सामर्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASHVI	आयु Age	: 10	लिंग Sex	: Female	
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PRAVIN BHAI	जाति Category	: General			
पता Address	: 403KATARGUM VARUNDHAVAN SURAT				मोबाइल नं. Mobile No.	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 350320			
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI			
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (543874199781)						

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCQUI, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00496/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16			
Name of the Beneficiary : YASHVI	Age : 10 Sex : Female Mobile No. :			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

875-13

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सामर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं YASHVI प्रमाणित करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अच्छी अवस्था में प्राप्त किया है।
I YASHVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

सामर्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 7 year for G.W.N & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 7 वर्ष की आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एन आर 9001:2000 प्रतिष्ठान

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00646

Assessment Date : 22/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASHVI	आय Age	: 8	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VINAY BHAI	जाति Category	: SC		
पता Address	: MACHIWAD NAVI BAVRI KOSAMBA VALSDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8306665551	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Ration Card (125001006367484)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR4/T12/00646/ADIP-SPL (VIP)	Date : 22/08/16			
Name of the Beneficiary : YASHVI	Age : 8 Sex : Female Mobile No. : +91-8306665551			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (90%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
		Total	1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि / परिवार कल्याण विभाग
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Sl. No. 874 K-3 874

aids and appliances supplied (उपकरण दिए गए)

आयुष्य वर्धन प्रतिष्ठान अधिकारी सचिव

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं YASHVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।

I YASHVI certify that today _____, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date

Responsible Medical Officer/Rehab. Econ

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विशेषज्ञ सरकारी उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01090

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: WSOHAM	आय Age	: 11	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NALIN THAKUR	जाति Category	: General		
पता Address	: FALADHARA, VALSAD		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8758668312	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (712877885783)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01090/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Age : 11 Sex : Male

Mobile No. : +91-8758668312

Name of the Beneficiary : WSOHAM

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं WSOHAM प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर प्राप्त किया है।

I WSOHAM 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 / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place : _____ Date : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

प्रातिष्ठित चिकित्सक अधिकारी / पुरस्कृत विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Reshab Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विशेषज्ञ सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208015

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208015

AN ISO 9001:2000 COMPANY



864

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01199

Assessment Date : 23/08/16

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: NAITIK	आय Age	: 14	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: DHIRAJ BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: PARDI VALSDDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9825612329	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (266920618363)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	4500.00
			4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA, PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/01028/ADIP-SPL (VIP) I

Date : 23/08/16

Age : 14 Sex : Male

Mobile No. : +91-9727795167

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KII - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान (अल्पवय के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं NAITIK, निम्नलिखित बयान में उल्लेखित दिनांक _____ में भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/किया गया है।
I NAITIK certify that today _____ I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



860

Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01330

Assessment Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: VISHAL	आयु Age	: 10	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: CHAMPAK BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: RAMI FALIYA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-7567874700	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	पिनकोड Pin Code	: 396051		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (3010283953)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी / प्रमाणित विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQUILNAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00509/ADIP-SPL (VIP)

Date : 08/09/16

Age : 10 Sex : Male

Mobile No. :

Name of the Beneficiary : VISHAL

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि

Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा 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
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01330/ADIP-SPL (VIP)

Date : 10/06/16

Age : 10 Sex : Male

Mobile No. : +91-7567874700

Name of the Beneficiary : VISHAL

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरल' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 201006

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINERALS' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-201016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00581

Assessment Date: 08/09/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: JAIMIN	आय Age	: 7	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: PARESH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: 24 SARITA SAGAR SOC	मोबाइल न. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT				
पिनकोड Pin Code	: 396430				
ज़िला District	: NAVSARI				
वोटर आईडी कार्ड नं. Voter ID Card No.	: Voter ID Card (dpp4611075)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Quantity	Value
1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00581/ADIP-SPL (VIP)

Date: 08/09/16

Name of the Beneficiary: JAIMIN

Age: 7

Sex: Male

Mobile No.:

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

जिला अधिकृत अधिकारी / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb impression of the Beneficiary

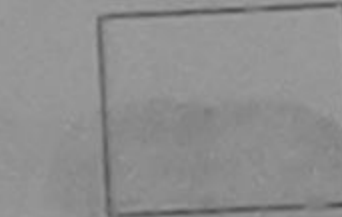
उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं JAIMIN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अर्पण किया है।
I, JAIMIN 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 / एलमिन्को प्रतिनिधि
Counter Signed by: Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____

Place: _____



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरातना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVS1/T17/00011

Assessment Date: 06/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (V)

856

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MUDASSAR	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: MUKTHAR SHKH	जाति Category	: OBC		
पता Address	: BANDAR ROAD	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9510289114	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396404		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Ration Card (1025887707)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADINEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR4/T12/00678/ADIP-SPL (VIP) Date: 22/08/16
Name of the Beneficiary: MUDASSAR Age: 17 Sex: Male Mobile No.: +91-9638063955
Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MUDASSAR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निशुल्क/रियायती दर पर
अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
I MUDASSAR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at
subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date:

Place:

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature & Thumb Impression of the P

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all other
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(असल बरबर कय एक विदेशीय सर्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



823

Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01007

Assessment Date : 23/08/16

नामाधी का नाम : USHA Name of the Beneficiary		आयु : 8 Age	लिंग : Female Sex
पिता/पति का नाम : RASIK BHAI Father's/Husband's Name		श्रेणी : General Category	
पता : PATEL FALITYA KAPARADA VALSAD Address		मोबाइल नं. : +91-9537252381 Mobile No. ई-मेल : Email ID	
शहर/कस्बा/गाँव : NAVSARI City/Town/Village	पिनकोड : 396310 Pin Code		
राज्य : GUJARAT State	जिला : NAVSARI District		
पहचान पत्र और नं. : Aadhar Card (738145939587) ID Card Type & No.			

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1		1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/01007/ADIP-SPL (VIP)

Date : 23/08/16

Age : 8

Sex : Female

Mobile No. : +91-9537252381

Name of the Beneficiary : USHA

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD (M 01) AGED KID - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

823-43

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवार विकाश विभाग
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा छाप (अल्पवय के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं USHA (नामाधी) आज दिनांक _____ को प्राप्त किया गया है।
 I USHA certify that today _____ received 1 TD (M 01) appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. 4500 & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / परिवार विकाश विभाग
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____

Place : _____

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा छाप
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कीट के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर-208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00597

Assessment Date : 08/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: TIRTHI	आय Age	: 8	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJESH	जाति Category	: ST		
पता Address	: GUJ HOUSING BOARD 8	मोबाइल नं. Mobile No.	:		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	:		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396430		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (10/1266)		जिला District	: NAVSARI		

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
PUSPAK SOCIETY
LUNCIQUI, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00597/ADIP-SPL (VIP)	Date : 08/09/16			
Name of the Beneficiary : TIRTHI	Age : 8 Sex : Male Mobile No. :			
Type of Disability : 1 MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
		Total	1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

807-K3

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं TIRTHI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रियायती दर पर अपनी
ताजब में प्राप्त किया है।
I TIRTHI certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free
of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :



लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00418/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/05/16
Name of the Beneficiary : MANTHAN Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-8866347271

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

पता
Add

शहर/क
City/Town

राज्य
State : GUJARAT

जिला
District : NAVSARI

पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by - Collaborating Agency / Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं MANTHAN प्रमाणित करता हूँ कि मैंने भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मैंने उपर कानूनी कार्रवाई वा आपूर्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I MANTHAN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं MANTHAN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क /रियायती दर पर प्राप्त किया है।

I MANTHAN 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 / एलिमको प्रतिनिधि

Date :

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1-year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
 PUSPAK SOCIETY
 LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T17/00560/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : HIRAL

Date : 08/09/16
 Age : 8 Sex : Male Mobile No. :

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

292-153

शहर/कस्बा/गांव
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (50036052)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि कोई भी गड़बड़ सूचनाएँ गलत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HIRAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं HIRAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क /सिवायती दर पर अच्छी शर्तों में प्राप्त किया है।

I HIRAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 स्थान :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

DISABLE PERSONS

भारतीय निगम
संयोजित उपकरण
CORPORATION OF INDIA
"SATNA" UNDERTAKING
R-208016
COMPANY



Name of Beneficiary: HETAXI BEN
Age: 7
Father's Name: [Signature]
Camp Place: [Signature] Date: 11/06/16
Assessed for: [Signature]
Date of Distribution: [Signature]
Name of Assessing Rep: [Signature]
Signature: [Signature]

Issue Date: 11/06/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

शहर/ग्राम/गाँव: CHIKHLI
City/Town/Village: CHIKHLI
राज्य: GUJARAT
State: GUJARAT
पिनकोड: 396521
Pin Code: 396521
ज़िला: NAVSARI
District: NAVSARI
पहचान पत्र और नं.: Ration Card (42400500324021)

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	6900.00
Total		1	6900.00

Signature of Medical Officer / Rep. of the Agency
RCI Reg No-2015-2016

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार अर्थात् / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1200 (एक हजार में One Thousand Two Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Two Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/ज़िला अधिकृत अधिकारी
Counter Sig. by: Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HETAXI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/असार्वजनिक/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत मुलाजम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HETAXI BEN certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

मैं HETAXI BEN प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण प्राप्त किया/करी और वह सही काम में कार्य कर रहा है।
I HETAXI BEN certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date:
Place:

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: CHC, CHIKHLI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVS46/T8/01718/ADIP-SPL (VIP) Date: 11/06/16
Name of the Beneficiary: HETAXI BEN Age: 7 Sex: Female Mobile No.: +91-9838829409
Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (40%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL
परीक्षण पावती पर्ची PUSPAK SOCIETY
 LUNCQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA.1/T17/00573/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
 Name of the Beneficiary : HETAL Age : 8 Sex : Female Mobile No. :
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

2847 K3
 NR

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (781795579639)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं HETAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरी कोशिश की गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत प्रभुत्वान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I HETAL certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं HETAL प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिबावली दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I HETAL certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/03370/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : HET KUAMR Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9825942839
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

281-K3

17/SEP/16

[Signature]

राज्य : GUJARAT जिला : NAVSARI
 State : GUJARAT District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (सब्बों में One Thousand मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. व. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मेरी HET KUAMR को कोई भी उपकरण प्राप्त नहीं किया है, यदि मेरे माता/पिता/संरक्षक को भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है, यदि मेरे माता/पिता/संरक्षक को भारत पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I HET KUAMR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मेरी HET KUAMR प्रमाणित करता/करती है कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण त्रिशुल्क रियायती दर पर अर्ज की शर्तों में प्राप्त किया है।
 I HET KUAMR certify that today _____, I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date : _____
 Place : _____

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS3/T8/00895/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/06/16
 Name of the Beneficiary : HET KUAMR Age : 8 Sex : Male Mobile No. : +91-9825942839
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिनको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VI/EKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00974/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : HENI AHIR
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

Date : 23/08/16
Age : 10 Sex : Female Mobile No. : +91-9990908029

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

276-43

शहर/कस्बा/गांव : NAVSARI
City/Town/Village
राज्य : GUJARAT
State
पहचान पत्र और नं.
ID Card Type & No. : Aadhar Card (815674910248)

मोबाइल नं. : +91-9990908029
Mobile No.
ई-मेल :
Email ID

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred मात्र) है।
Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकारी/एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एन.एस.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मे HENI AHIR प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा टी नई सूचनाएं प्राप्त पाई जाती है तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई का आपूर्ति किये गये उपकरण एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I HENI AHIR certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मे HENI AHIR प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिवायती दर पर प्राप्त किया है।
I HENI AHIR certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एल.एम.सी. प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA

G.T ROAD, KANPUR - 209217

DISABLED PERSONS
 नेमाण निगम
 (सार्वजनिक उपक्रम)
 - २०८०१६
 = प्रतिष्ठान
 G CORPORATION OF INDIA
 (RATNA' UNDERTAKING)
 UR-208016
 COMPANY



147

Name of Beneficiary... CHIRAG
 Age.....
 Father's Name.....
 Camp Place..... Date.....
 Assessed for... M.R. IDAMOI
 Date of Distribution.....
 Name of Assessing Rep.....
 Signature.....

ment Date : 11/06/16
 PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

आय Age	: 11	लिंग Sex	: Male
जाति Category	: ST		
मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638826135		
ई-मेल Email ID	:		

de : 396521
 : NAVSARI

KIT-3

State पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Other (NA)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/प्राथमिक विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer/Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1500 (शब्दों में One Thousand Five Hundred only) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees One Thousand Five Hundred only.)

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Collaborative Agency/ Dist. Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहोर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep

हस्ताक्षर करने वाली/करती है कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे दृश्यों दी गई सूचनाएँ सत्य पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत श्रुतताम की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I CHIRAG certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं CHIRAG प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
 I CHIRAG certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date :
 Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CHC ,CHIKHLI
 परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS46/T8/01603/ADIP-SPL (VIP)	Date : 11/06/16	Age : 11	Sex : Male	Mobile No. : +91-9638826135
Name of the Beneficiary : CHIRAG				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (55%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक विधिवत सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 209217

आई एम ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-209018

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1402

Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUIL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00175

Assessment Date : 07/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामाधी का नाम Name of the Beneficiary	: UTTAM BHAI	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: BABU BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: ANJALI AST GATE SAMVEDNA SAYAN AMROLI SURAT	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9879664643		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 385352	ई-मेल Email ID	
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
	CATR	1	4500.00
	Total	1	4500.00

ARTIFICIAL LIMBS MFG. CORP. OF INDIA
G.T. ROAD, KANPUR - 209217

Name of Beneficiary UTTAM
Age 17
Father's Name BABU PORIYA
Camp Place NAVSARI Date 2/9/16
Assessed for TDOMC/
Date of Distribution _____
Name of Assessing Rep _____
Signature _____

विद्योक्त विक्रिया अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

मूल्य / उसके संरक्षक के हस्तिक अथवा रु. 3500 (तयों में Three Thousand Five Hundred रूपय) ₹।

Value of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Three

विद्योक्त प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस.ए. परिशिष्टि के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

किसी प्रकार के भुगतान के बिना या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी सार्वजनिक/प्रायोजकीय/अन्य संस्था से प्राप्त उपकरणों का उपयोग करने से इनकार करने के लिए उत्तरदायी होना और उपकरण की पूरी लागत पुनर्प्राप्त की जिम्मेदारी

"I warrant either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years" from any source. If it is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Counter Signed by - Dist Authority / ALIMCO Rep.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवसरक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

**उपकरण प्राप्त RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV**

I, UTTAM BHAI certify that today _____ I received 1 TD OM 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
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
उपकरण : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have checked the Appliance given to the disabled as per prescription given above and I fully satisfied with its element and the signature/thumb impression (in part III above) done in my presence

नामाधी / संरक्षक के हस्ताक्षर
Signature
Date :

विद्योक्त चिकित्सक अधिकारी / पुनर्वास विशेषज्ञ
Prescribing Medical Officer/Rehab. Expert

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00979

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASH	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KAILASH BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: BHURIVEL UKAI TAPI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9638063955		
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	ई-मेल Email ID	: <u>1503</u>		
राज्य State	: GUJARAT	पिनकोड Pin Code	: 396436		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (638169511801)		जिला District	: NAVSARI		

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T8/00979/ADIP-SPL (VIP)
Name of the Beneficiary : YASH
Date : 23/08/16
Age : 16
Sex : Male
Mobile No. : +91-9638063955
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकाधिकृत प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं YASH प्रमाणित करता हूँ कि मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/सिद्धावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।
I YASH 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 अधिकाधिकृत प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
Date :
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1502



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00982

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: YASH	आयु Age	: 14	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: RAJNI KANT	जाति Category	: OBC		
पता Address	: DHANORI, TADASI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9913908524	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Ration Card (1026259211)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

1502 KY

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/00982/ADIP-SPL (VIP) Date : 23/08/16

Name of the Beneficiary : YASH Age : 14 Sex : Male Mobile No. : +91-9913908524

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (65%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

मैं YASH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/रिवायती दर पर अर्पण करवाया है।

I YASH certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकारी/एलएमसी प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराट्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

असई एन आई 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00669

Assessment Date: 08/09/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: MIZBABI	आय Age	: 7	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: ARIK KHAN	जाति Category	: OBC		
पता Address	: PUSTAM PURA		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
चहवान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (500580081)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVSA1/T17/00669/ADIP-SPL (VIP)

Date: 08/09/16

Name of the Beneficiary: MIZBABI

Age: 7

Sex: Female

Mobile No.:

Type of Disability: 1 MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED NI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनएमको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

04988 498

Counter Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

उल्ला समाज सुरता अधिकारी

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं MIZBABI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1 TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अपनी सहायता में प्राप्त किया है।
I MIZBABI 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 / एनएमको प्रतिनिधि
Counter Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)
Date:
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: उपकरण 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

I have actually paid a sum of Rs. (Rupees) only) towards the cost of the aid mentioned above and I have received the appliance in good working condition. Certified that I have not received such appliance since last three years (one year in case of Caliper/Artificial Limb for Children) under ADIP Scheme of Govt. of India or from any other source

हस्ताक्षर - एच.एम.ए. अधिकारी/एनएमको प्रतिनिधि
Signature - Dist Authority/ALIMCO Rep

लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (सहायक के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (in case of minor)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटन' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आइसो एन 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01047

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: URVI	आय Age	: 16	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SUBODH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: CHADRALOK ENTE NEAR BALAI D/4 VAPI		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9426320086	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (754201767748)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI		

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T17/01047/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16	Age : 16	Sex : Female	Mobile No. : +91-9426320086
Name of the Beneficiary : URVI				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (70%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अव्यक्त के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

Photo: 1396

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं URVI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अपनी शायन से प्राप्त किया है।
I URVI certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / सरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम
(भारत सरकार का एक विशेषज्ञ सहायक निगम)
जी. टी. रोड, कानपुर - 208016
आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA "MINIRATNA" UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00570

Assessment Date: 21/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: UJASH	आय Age	: 15	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: NAVNIT BHAI	श्रेणी Category	: General		
पता Address	: 41 BHAGVAN MAGAR		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8140209609	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396430		
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (815267277438)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No.: 2016-17/NAVR3/T17/00570/ADIP-SPL (VIP) Date: 21/08/16
Name of the Beneficiary: UJASH Age: 15 Sex: Male Mobile No.: +91-8140209609

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (100%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

I, UJASH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I, UJASH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलएमसी प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date: _____

Place: _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार द्वारा एक 'मिनिस्ट्री' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एम सी 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINISTRY' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1387

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: 2016-17/NAVSR3/T12/00385

Assessment Date: 21/08/16
PART I

Camp Type: ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: UDAY BHAI	आय Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHAILESH	जाति Category	: ST		
पता Address	: DESDA GANDEVI VAV FALIYA GANDEVI	मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8140211771	ई-मेल Email ID	:
शहर/ग्राम/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396300		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.:	Aadhar Card (58512825613)				

PART II

Type of Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED/Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION	1	4500.00
Total		1	4500.00



2355

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No.: NAVSR3/T12/00385/ADIP-SPL (VIP)

Beneficiary: UDAY BHAI

Disability: 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

Date: 21/08/16

Age: 12

Sex: Male

Mobile No.: +91-8140211771

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED/Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATION		1	4500.00
Total			1	4500.00

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1387 KH OK R

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं UDAY BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक _____ मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धांतों के तहत प्राप्त किया है।

I UDAY BHAI certify that today _____ I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt of India at subsidized free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

Taluka Health Officer
T. H. Office, Gandevi

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि Date: _____

Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place: _____

Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावती: न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

Date: _____

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरतना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी टी रोड, कानपुर - 208016

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)
G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



93

729

Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00466

Assessment Date : 08/09/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

नामार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: LAKSH	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VIJAY BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: PRABHU NAGAR SOC. KAPODARA SURAT		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8866347271	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिन कोड Pin Code	: 396310	ई-मेल Email ID	:
राज्य State	: GUJARAT	ज़िला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Other (na)				

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00466/ADIP-SPL (VIP) Date : 08/09/16
Name of the Beneficiary : LAKSH Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-8866347271
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KI - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत/अधिकारी/अधीनस्थ प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1213

OLR

17

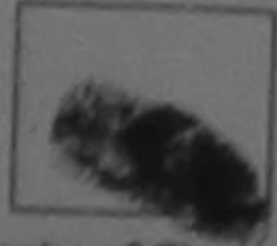
हस्ताक्षर/जिला अधिकृत/अधिकारी/अधीनस्थ प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अल्पवय के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

I LAKSH प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/मुफ्त/..... के तहत प्राप्त किया है।
I LAKSH certify that today I received 1 TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर/जिला अधिकृत/अधिकारी/अधीनस्थ प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Date : Place :



नामार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories.
पावती : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१:२००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



1164

Camp Venue: MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00865

Assessment Date : 23/08/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: ROHAN BHAI	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: KRISHANA RAM	जाति Category	: OBC		
पता Address	: SHIV SAKTI SOC. ANJANA UDHANA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-9725557301	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396450		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. :	Aadhar Card (961626163878)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
-------	-------------------	----------	-------

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00865/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16
Name of the Beneficiary : ROHAN BHAI	Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-9725557301
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)	

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

2 Rohan 1928 OKDC

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं ROHAN BHAI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क रिवायती दर पर अचरी बाजार में प्राप्त किया है।

I ROHAN BHAI received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एनिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

Date :
Place :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनीरत्न' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : LADUBEN URBAN HOSPITAL PUSPAK SOCIETY LUNCIQUI, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00424

Assessment Date : 08/09/16
PART I

1105

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAJ	आयु Age	: 12	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: VIJAY BHAI	जाति Category	: OBC		
पता Address	: 4/GOPAL NAGAR PANDESEDA		मोबाइल नं. Mobile No.	: +91-8866347271	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (301368931176)					

PART II

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : CIVIL HOSPITAL, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS2/T8/00316/ADIP-SPL (VIP)	Date : 07/06/16			
Name of the Beneficiary : RAJ	Age : 12 Sex : Male Mobile No. : +91-7687234663			
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)				
S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्बो प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1104/14 07.06.16



Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES PART IV

मैं RAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रियायती दर पर अच्छी हालत में प्राप्त किया है।
I RAJ 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 / एलिम्बो प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
Date :

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 3 years for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 3 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिराटना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA
(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016
AN ISO 9001:2000 COMPANY



1129

Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01321

Assessment Date : 10/06/16
PART I

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: RAVI	आयु Age	: 16	लिंग Sex	: Male
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: JASN BHAI	जाति Category	: ST		
पता Address	: KHAM BHAL	मोबाइल नं. Mobile No.	:	ई-मेल Email ID	:
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: BANSDA	पिनकोड Pin Code	: 396051		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No. : Aadhar Card (5147632013)					

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	6900.00
Total		1	6900.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/एलिसको प्रतिनिधि
Signature of Medical Officer/ALIMCO Rep. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरे ज्ञान के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 1000 (सब्बों में One Thousand मात्र) है।
I certify that to the best of my knowledge the monthly income of the beneficiary/father/guardian is Rs. 1000 (One Thousand only).

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01326/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
Name of the Beneficiary : RAVI Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	6900.00
Total			1	6900.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

17/06/2016
Duplicate

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिसको प्रतिनिधि Date :
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep. Place :
लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम १ वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा १० वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : COTTAGE HOSPITAL, BANSDA
परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVS45/T17/01321/ADIP-SPL (VIP) Date : 10/06/16
Name of the Beneficiary : RAVI Age : 16 Sex : Male Mobile No. :
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS

भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का एक 'मिनिरत्ना' सार्वजनिक उपक्रम)

जी. टी. रोड, कानपुर - 208016

आई एस ओ 9001:2000 प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA 'MINIRATNA' UNDERTAKING)

G.T. ROAD, KANPUR-208016

- AN ISO 9001:2000 COMPANY



Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Camp Type : ADIP-SPL (VIP)

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00975

Assessment Date : 23/08/16
PART I

लाभार्थी का नाम Name of the Beneficiary	: KRISHNA	आयु Age	: 17	लिंग Sex	: Female
पिता/पति का नाम Father's/Husband's Name	: SHAILESH BHAI	जाति Category	: General		
पता Address	: JANTA NAGAR BHARAT SURAT ATHWA LINE		मोबाइल नं. Mobile No.	:	
शहर/कस्बा/गांव City/Town/Village	: NAVSARI	पिनकोड Pin Code	: 396310		
राज्य State	: GUJARAT	जिला District	: NAVSARI		
पहचान पत्र और नं. ID Card Type & No.	: Aadhar Card (445750172020)				

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADI, NEAR VIVEKANAND SWIMMING POOL, JUNA THANA, NAVSARI

परीक्षण पावती पर्ची

Slip No. : 2016-17/NAVR5/T12/00975/ADIP-SPL (VIP)	Date : 23/08/16	Age : 17	Sex : Female	Mobile No. :
Name of the Beneficiary : KRISHNA				
Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)				
S. No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED KIT - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
		Total	1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

1169

OK. PL

Government/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.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवस्था के लिए)
Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of no.)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
PART IV

मैं KRISHNA प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण निःशुल्क/रिवायती दर पर अर्जित किया है।
I KRISHNA certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

हस्ताक्षर / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए



ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue : MATIYA PATIDAR VADINEAR
 परीक्षण पावती पर्ची VIVEKANAND SWIMMING
 POOL, JUNA THANA, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVR3/T8/00577/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : RIYAJ
 Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)
 Date : 21/08/16
 Age : 11 Sex : Male
 Mobile No. : +91-9638992246

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

शहर/कस्बा/गाव
 City/Town/Village
 राज्य : GUJARAT
 State : GUJARAT
 जिला : NAVSARI
 District : NAVSARI
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Ration Card (124006011328396)

PART II

असहायता के मजदूरी स्थान
 जहाँ करके आवक भुगतान

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (50%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab. Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2500 (शब्दों में Two Thousand Five Hundred मात्र) है।
 Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand Five Hundred only.)
 हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist. Authority
 निर्धारक प्रधानाचार्य/हैड मास्टर/प्रिंसिपल ए.एस.ए.ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं RIYAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य समाजिक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे द्वारा दी गई सूचनाएँ गलत पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानूनी कार्रवाई या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।
 I RIYAJ certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

MEDICAL OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

PART IV

मैं RIYAJ प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिद्धावली दर पर अच्छी भावना में प्राप्त किया है।
 I RIYAJ certify that today I received 1. TD 0M 01 appliances under ADIP-SPL (VIP) scheme of Govt. of India at subsidized/free of cost of Rs. Nil & in a good working condition.

MEDICAL OFFICER

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिम्को प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.
 Date :
 जगह :
 लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पात्रता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए

DISABLED PERSONS

ASSESSMENT ACKNOWLEDGEMENT SLIP Camp Venue: LADUBEN URBAN HOSPITAL
 परीक्षण पावती पर्ची
 PUSHPAK SOCIETY, LUNCIOUL, NAVSARI

Slip No. : 2016-17/NAVSA1/T12/00598/ADIP-SPL (VIP)
 Name of the Beneficiary : ROHANI

Date : 09/09/16
 Age : 9 Sex : Female Mobile No. : +91-9913265431

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Remark	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCAT		1	4500.00
Total			1	4500.00

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

K-3 654

17/09/16

Duplicate

राज्य : GUJARAT
 State District
 पहचान पत्र और नं.
 ID Card Type & No. : Aadhar Card (236089700367)

PART II

Type of Disability : 1. MENTALLY IMPAIRED (75%)

S.No.	Appliances Detail	Quantity	Value
1	TD 0M 01 MSIED Kit - MULTI-SENSORY INTEGRATED EDUCATI	1	4500.00
Total		1	4500.00

निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
 Signature of Medical Officer / Rehab Expert

PART III

प्रमाणित किया जाता है की मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार साक्षात् / उसके पिता / उसके संरक्षक के मासिक आय रु. 2000 (दो हजार में Two Thousand मात्र) है।

Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary/ father / guardian of the patient is Rs. (Rupees Two Thousand only.)

हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी
 Counter Sig. by - Collaborative Agency/ Dist Authority

निर्धारक प्रधानाचार्य/हेड मास्टर/एस.एस. ए. प्रतिनिधि के हस्ताक्षर एवं मोहर
 Signature & Stamp of the Principal/Head Master /SSA Rep.

मैं ROHANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने पिछले एक/तीन/दस * वर्षों में भारत सरकार/राज्य सरकार या अन्य सहायक योजना के अंतर्गत किसी शासकीय/अशासकीय/अन्य संस्था से कोई उपकरण प्राप्त नहीं किया है। यदि मेरे कपड़े टी गई योजनाएँ मिल पाई जाती हैं तो मेरे ऊपर कानून कारवाही या आपत्ति किये गये उपस्कर एवं उपकरण की पूरी लागत भुगतान की जिम्मेदारी मेरी होगी।

I ROHANI certify that I have not received similar Aid/Equipment either free of cost/subsidized in the last one/three/ten years* from any Government/Non Government organization. In case the undertaking is found false, I will be liable for legal action beside recovery of the full cost of aids and appliances supplied, from me.

हस्ताक्षर - जिला अधिकृत अधिकारी / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए)
 Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)

उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCES
 PART IV

मैं ROHANI प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज दिनांक मैंने भारत सरकार के ADIP-SPL (VIP) योजना के अंतर्गत 1. TD 0M 01 उपकरण नि:शुल्क/सिवावती दर पर अच्छी स्थिति में प्राप्त किया है।

I ROHANI 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 / एलिमको प्रतिनिधि
 Counter Signed by - Dist Authority/ALIMCO Rep.

लाभार्थी / संरक्षक के हस्ताक्षर तथा अंगूठा निशानी
 Signature & Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian

* Applicability: Minimum 1 year for CWSN & 10 years for High Cost High Value and three years for all others categories
 पावता : न्यूनतम 1 वर्ष विशेष आवश्यकता वाले बच्चों के लिए तथा 10 वर्ष उच्च कीमत उच्च कोटि के उपकरणों के लिए