

KUSHABHAU THAKRE SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)
जी० टी० रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१ : २००० प्रमाणित

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 208016

AS ISO 9001:2000 COMPLIANT



विकलांगता के साथ
लाभार्थी का फोटोग्राफ
Photograph of
Beneficiary with
Disability

(पी.एम.ओ. द्वारा सत्यापित)
(Duly attested by P.M.O.)

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता - १९८१ (एडिप/अ/ब/स/द)
ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS - 1981 (ADIP/A/B/C/D)
(जो लागू न हो उसे काट दें Please delete schemes not applicable)

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठियों भरें / Please To be filled in Block letters)

1.	लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में) Name of the Beneficiary (In Capital Letters)			
	आयु Age	लिंग Sex	पुरुष Male <input type="checkbox"/>	स्त्री Female <input type="checkbox"/>
2.	पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में). Father's/Husband's Name (In Capital Letters)			
3.	पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में) Full Postal Address (In Capital Letters)			
4.	क्या अनु० जाति/जनजाति का है Whether SC/ST	अनुसूचित जाति SC <input type="checkbox"/>	अनुसूचित जनजाति ST <input type="checkbox"/>	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>
5.	पंजीकरण सं. एवं तिथि Regn. No. & Dt.	मोहर एवं हस्ताक्षर - सहयोगी संस्था/जिला अधिकृत अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि Stamp & Signature - Collaborative Agency/Dist. Auth./ALIMCO Rep.		
	देने की तिथि Delivery Dt.			

भाग Part II निर्धारित सहायक साधन PRESCRIPTION OF APPLIANCES

6.	विकलांगता की किस्म Type of Disability			
7.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed			
		निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer/Rehab. Expert		
8.	प्रमाणित किया जाता है कि मेरी व्यक्तिगत जानकारी के अनुसार लाभार्थी/उसके पिता/उसके संरक्षक की मासिक आय रु०.....(शब्दों में.....मात्र) है। Certified that to the best of my knowledge, the monthly income of the beneficiary /father/guardian of the patient is Rs.....(Rupees.....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.		

भाग Part III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCE

9.	प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त सहायक उपकरण की प्राप्ति के लिए रु०.....(रुपये.....मात्र) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन वर्षों (बच्चों की स्थिति में कैलीपर्स/कृत्रिम अंग एक वर्ष)में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त किया है। Certified that 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 - 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)		
10.	मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जाँच कर दिया गया है। मैं पूर्णरूप से इसके फिटनेस के लिए संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग III पर) किये हैं। 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 : Dated :	निर्धारित चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ Prescribing Medical Officer/Rehab Expert			