

SCHEME FOR ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS SSA



भारतीय कृत्रिम अंग निर्माण निगम

(भारत सरकार का उपक्रम)

जी० टी० रोड, कानपुर - २०८०१६

आई एस ओ ९००१ : २००० प्रतिष्ठापन

ARTIFICIAL LIMBS MANUFACTURING CORPORATION OF INDIA

(A GOVERNMENT OF INDIA UNDERTAKING)

G. T. ROAD, KANPUR - 208016

AN ISO 9001:2000 COMPANY



विकलांगता के साथ
लाभार्थी का फोटोग्राफ
Photograph of
Beneficiary with
Disability

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS
(UNDER SSA FOR CHILDREN IN THE AGE GROUP OF 6-14 YEARS)

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता

एस.एस.ए अभियान के अन्तर्गत ६-१४ वर्ष के बच्चों के लिए

भाग Part I (स्पष्ट प्रतिष्ठियाँ 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.	स्कूल का नाम व पता जिसमें सी. डब्ल्यू.एस.एन. पढ़ रहा है Name of the School in which CWSN is studying with address			
5.	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"/>
6.	पंजीकरण सं०/तिथि Regn. No. & Date			
	देने की तिथि Delivery Date			
7.	अभिभावक की मासिक अनुमानित परिवारिक कमाई Assessed Monthly Family Income of Parents	एस० एस० ए० अधिकारी की मोहर एवं हस्ताक्षर Stamp & Signature of SSA Authorities		

भाग Part II निर्धारित सहायक साधन PRESCRIPTION OF APPLIANCES

8.	विकलांगता की किस्म Type of Disability	उत्पाद कोड सं. Product Code No.
9.	निर्धारित उपकरण Appliances Prescribed	उत्पाद का मूल्य Cost of Product
एलिम्को प्रतिनिधि के हस्ताक्षर Signature of ALIMCO-Rep.		निर्धारक चिकित्सा अधिकारी/पुनर्वास विशेषज्ञ के हस्ताक्षर एवं मोहर Stamp & Signature of Medical Officer/Rehab. Professional

भाग Part III उपकरण पावती RECEIPT OF APPLIANCE

10.	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 कैलिपर/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.	लाभार्थी/संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (अवयस्क के लिए) Signature/Thumb Impression of the Beneficiary/Guardian (In case of minor)
11.	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.	हस्ताक्षर - एस.एस.ए. अधिकारी/एलिम्को प्रतिनिधि Signature - Dist Authority/ALIMCO Rep.
दिनांक :	एस.एस.ए. अधिकारी निर्धारित चिकित्सा अधिकारी एवं पुनर्वास विशेषज्ञ SSA Authority/Prescribing Medical Officer/Rehab. Professional	