

पंजी.सं./Regn. No.....

कार्य आदेश सं./Job Order No.....

पं० दीनदयाल उपाध्याय विकलांग जन संस्थान

(सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार)

4, विष्णु दिगम्बर मार्ग, नई दिल्ली-110 002

PT. DEENDAYAL UPADHYAYA

INSTITUTE FOR THE PHYSICALLY HANDICAPPED

(Ministry of Social Justice and Empowerment, Govt. of India)

4, Vishnu Digamber Marg, New Delhi-110 002.

विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायता- 2014 (एडिप)

ASSISTANCE TO DISABLED PERSONS-2014 (ADIP)

पासपोर्ट साइज फोटो
विकलांगता दर्शाते हुए

भाग I/Part I (स्पष्ट प्रविष्टियाँ करें/To be filled in Block Letters)

1. लाभार्थी का नाम (स्पष्ट शब्दों में)

Name of the Beneficiary.....

(In Capital Letters)

2. आयु

लिंग

पुरुष

स्त्री

Age

Sex

Male

Female

3. वर्ग

Category

सामान्य

अनु.जाति

S.C.

अनु.ज.जाति

S.T.

अ.पि.व.

O.B.C.

4. पिता/पति का नाम (स्पष्ट शब्दों में)

Father's/Husband's/ Name.....

(In Capital Letters)

5. आधार कार्ड नं./बी.पी.एल. कार्ड नं./Aadhar Card No. / B.P.L.

6. पूरा पता (स्पष्ट शब्दों में).....

Full Postal Address

(In Capital Letters).....

7. मोबाइल नं./Mobile No. ईमेल/Email ID.....

8. निदान/Diagnosis :

9. विकलांगता की किस्म/Type of Disability..... प्रतिशत/Percentage द्वारा जारी/Issued by.....

10. निर्धारित उपकरण/Appliances Prescribed.....

निर्धारित अधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of Prescribing Authority

भाग II/Part II

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

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

उपकरण पावती/RECEIPT OF APPLIANCE

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त उपकरण की प्राप्ति के लिए रु.....(रुपये.....)
.....) भुगतान किया है तथा उपकरण अच्छी हालत में प्राप्त किया है। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैंने पिछले तीन
वर्षों (12 वर्ष से कम आयु के बच्चों की स्थिति में सहायक अंग/उपकरण एक वर्ष) में भारत सरकार की एडिप योजना के अन्तर्गत कोई उपकरण किसी अन्य स्रोत
से प्राप्त नहीं किया है।

Certified that I have actually paid a sum of Rs.....(Rupees.....)
.....) 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 aids/appliances for children below 12 years) 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)

मेरे द्वारा विकलांग को दिया गया उपरोक्त निर्धारित उपकरण जांच कर लिया गया है, मैं पूर्ण रूप से इसके फिटमेंट के लिए
संतुष्ट हूँ एवं इन्होंने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (भाग 3 पर) किये हैं।

I have checked the appliance given to the disabled as prescription given above and I am fully satis-
fied with its fitment and the signature/thumb impression (In Part III above) done in my presence.

दिनांक/Dated

सहायक प्रबंधक (कार्यशाला)
(प्रौस्थ. एवं आर्थो.)
Assistant Manager (W)
(Prosthetist & Orthotist)

सहायक उपकरण का विवरण/Details of Appliances

विवरण/Detail	मूल्य/Value	टिप्पणी/Remarks
अन्य/Others		
योग/Total		
लाभार्थी द्वारा भुगतान की गई राशि/Amount paid by Beneficiary		
प्रार्थनीय सहायक/Subsidy claimed		

प्रबंधक (कार्यशाला)/Manager (Workshop)

उपरोक्त लाभार्थी को कृत्रिम अंग/सहायक उपकरण प्रदान करने हेतु.....रुपये की स्वीकृति प्रदान करें।
लाभान्वित होने वाले व्यक्ति की मासिक आय.....रुपये है।

Kindly sanction Rs.....for providing Artificial Limb/Appliances to the above beneficiary.
Monthly income of the beneficiary is Rs.....

Dealing Assistant
संबंधित सहायक

Asstt. / Accountant
सहायक / लेखाकार

Accounts Officer
लेखाधिकारी

Dy Director
उप निदेशक