

SADAREM - SELF DECLARATION FORM

దరఖాస్తుదారుని స్వీయ ధృవీకరణ (Self Declaration)

Applicant Name: _____ Date of Birth: _____

Aadhaar Number: _____ Mobile Number: _____

Gender: Male Female Other

Address: _____

Disability Details:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Locomotor Disability | <input type="checkbox"/> Blindness | <input type="checkbox"/> Low Vision |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impairment | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability | <input type="checkbox"/> Mental Illness |
| <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder | <input type="checkbox"/> Acid Attack Victim | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy |
| <input type="checkbox"/> Dwarfism | <input type="checkbox"/> Leprosy Cured | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis | <input type="checkbox"/> Multiple Disability | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> Thalassemia | <input type="checkbox"/> Haemophilia |
| <input type="checkbox"/> Chronic Neurological Conditions | <input type="checkbox"/> Specific Learning Disability | |
| <input type="checkbox"/> Speech & Language Disability | | |

Declaration

నేను, పై వివరాలు కలిగిన దరఖాస్తుదారుని, నాకు పై పేర్కొన్న వైకల్యం/ఆరోగ్య సమస్య ఉన్నట్లు స్వయంగా ధృవీకరిస్తున్నాను. సదరం స్లాట్ బుకింగ్ కోసం నేను ఈ దరఖాస్తును సమర్పిస్తున్నాను.

Applicant Signature/Thumb Impression: _____

Date: _____

Place: _____

Note: A Disability certificate is issue by a designated government Medical Board following a clinical assessment of a person's impairment. No medicolegal purpose

SADAREM - DOCTOR CERTIFICATION FORM

Applicant Name: _____ Date of Birth: _____

Aadhaar Number: _____ Mobile Number: _____

Gender: Male Female Other

Hospital / PHC / CHC Name: _____

Examined Date: _____

Doctor's Findings

దరఖాస్తుదారుని పరిశీలించిన తరువాత, క్రింది వైకల్యం/వ్యాధి ఉన్నట్లు గుర్తించబడింది.

Disability Details:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Locomotor Disability | <input type="checkbox"/> Blindness | <input type="checkbox"/> Low Vision |
| <input type="checkbox"/> Hearing Impairment | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability | <input type="checkbox"/> Mental Illness |
| <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder | <input type="checkbox"/> Acid Attack Victim | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy |
| <input type="checkbox"/> Dwarfism | <input type="checkbox"/> Leprosy Cured | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis | <input type="checkbox"/> Multiple Disability | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease |
| <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> Thalassaemia | <input type="checkbox"/> Haemophilia |
| <input type="checkbox"/> Chronic Neurological Conditions | <input type="checkbox"/> Specific Learning Disability | |
| <input type="checkbox"/> Speech & Language Disability | | |

Doctor Certification

పై వ్యక్తిని నేను పరిశీలించగా, పై పేర్కొన్న వైకల్యం/ఆరోగ్య పరిస్థితి ఉన్నట్లు గుర్తించాను. సదరం స్లాట్ బుకింగ్ ప్రక్రియకు పంపించుటకు సిఫారసు చేస్తున్నాను.

Doctor Name: _____ Designation/Specialization: _____

Registration Number: _____

Hospital Seal

Doctor Signature: _____

Date: _____

Note: A Disability certificate is issue by a designated government Medical Board following a clinical assessment of a person's impairment. No medicolegal purpose