

**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:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Locomotor Disability | ☐ Blindness | ☐ Low Vision |
| ☐ Hearing Impairment | ☐ Intellectual Disability | ☐ Mental Illness |
| ☐ Autism Spectrum Disorder | ☐ Acid Attack Victim | ☐ Cerebral Palsy |
| ☐ Dwarfism | ☐ Leprosy Cured | ☐ Muscular Dystrophy |
| ☐ Multiple Sclerosis | ☐ Multiple Disability | ☐ Parkinson's Disease |
| ☐ Sickle Cell Disease | ☐ Thalassemia | ☐ Haemophilia |
| ☐ Chronic Neurological Conditions | ☐ Specific Learning Disability | |
| ☐ 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:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Locomotor Disability | ☐ Blindness | ☐ Low Vision |
| ☐ Hearing Impairment | ☐ Intellectual Disability | ☐ Mental Illness |
| ☐ Autism Spectrum Disorder | ☐ Acid Attack Victim | ☐ Cerebral Palsy |
| ☐ Dwarfism | ☐ Leprosy Cured | ☐ Muscular Dystrophy |
| ☐ Multiple Sclerosis | ☐ Multiple Disability | ☐ Parkinson's Disease |
| ☐ Sickle Cell Disease | ☐ Thalassemia | ☐ Haemophilia |
| ☐ Chronic Neurological Conditions | ☐ Specific Learning Disability | |
| ☐ 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