

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/లోపం ఉన్నట్లు నిర్ధారించబడింది.

Disability Details:

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

Doctor Certification

నేను, వైవిధ్యాలు పరిశీలించిన వైద్యునిగా, పేర్కొన్న వైకల్యం/లోపం ఉన్నట్లు ధృవీకరిస్తున్నాను. సదరం డాక్టర్ మెడికల్ క్యాంపు ప్రక్రియను కొనసాగించుటకు 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.