

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:

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

Doctor Certification

నేను, వైచివరాలు 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.