

SADAREM - SELF DECLARATION FORM

దరఖాస్తుదారు స్వీయ ప్రకటన (Self Declaration)

Applicant Name: _____ Date of Birth: _____

Aadhaar Number: _____ Mobile Number: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other

Address: _____

Disability Details:

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

Declaration

నేను, పైవివరాలు తెలిపిన దరఖాస్తుదారు, నాకు పై పేర్కొన్న వైకల్యం/అంగవైకల్యం ఉన్నట్లు స్వీయ ప్రకటన చేస్తున్నాను. సదరం డాక్టర్ మెడికల్ క్యాంప్ కోసం నేను ఈ దరఖాస్తును సమర్పిస్తున్నాను.

Applicant Signature/Thumb Impression: _____

Date: _____

Place: _____

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