

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <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 | |

Declaration

నేను, ధైర్యవంతులు తెలిపిన దరఖాస్తుదారు, నాకు వై 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.