

## GOVERNMENT OF MANIPUR SOCIAL WELFARE DEPARTMENT



## APPLICATION FORM FOR AIDS AND ASSISTIVE DEVICES (ARTIFICIAL LIMB) FOR PERSONS WITH DISABILITIES

I. NAME OF	APPL	лСА	1 11	(11)	DI	LUC	<b>N</b> .	LE	LII		)															
		$\blacksquare$																								
2. DATE OF I		 T	Ш	$\dashv$	ᆜ							 1														
			ᆜ		L	1		Щ				]	_		(D	1	<b></b>	. 1 \								
	3. GENDER: Male																									
4. OCCUPATION OF APPLICANT :															••••											
5. NAME OF	FATH	ER:	:	•••••	••••	• • • • • •	••••	•••••	• • • • •	• • • • •	•••••	• • • • • •	• • • • •	••••	• • • • •	•••••	••••	• • • • • •	•••••	••••	•••••		••••		• • • • •	••••
6. NAME OF	MOT	HER	₹ :		••••		••••	•••••	••••	••••				••••			••••		••••	••••			•••••		•••••	
7 OCCUPATI	ON O	F FA	TH	ER /	M	OTI	HE	R																		
A. FATI																									••••	•••
B. MOT	HER:	•••••	•••••	•••••	••••	•••••	••••	•••••	••••	••••		•••••	••••	•••••	• • • • • •	•••••	••••	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	
8. FAMILY IN	ICOM	IE (I	NC	OMI	E C	ER	ΓIF	ICA	ΛTΕ	IS	SUI	E <b>D</b> 1	BY	СО	MP	ET	EN	ГΑ	UT]	HOI	RIT	Y S	НО	UL	DΒ	ΒE
ENCLOSEI						`												••••	•••••					• • • • • •	••••	•••••
9. ADDRESS		SEN					Γ	······		·····	 	 T	·····	······	01	niy.			П	Т		$\neg$	$\neg$	$\neg$		
		$\top$									$\Box$		$\overline{\Box}$		$\overline{\Box}$			$\overline{}$		$\overline{}$			广	$\overline{\Box}$		
P.O.	$\frac{1}{1}$	士	$\frac{\square}{\square}$	$\frac{\square}{\square}$	$\frac{-1}{T}$	$\frac{1}{1}$	T		T	_		P.:	 S		<u> </u>											
DISTRICT.	$\pm \pm$	十	$\frac{\perp}{1}$	$\pm$	$^+$	$\frac{\perp}{\parallel}$	$\frac{\perp}{\top}$	$\frac{\perp}{\perp}$	$\frac{\perp}{\top}$	十	$\top$				<u> </u>	<u> </u>									!	
10. ADDRESS (PERMANENT) IN FULL:																										
IV. ADDRES	<u> </u>	T	AINL	/N1)	111	T	LL	- · L											<u> </u>				<u> </u>	<u></u>		
	+	<del></del>	<del>니</del>	$\coprod$		$\perp$			_	<u> </u>	느				<u> </u>							_				
P.O	廾	ㅗ	<u> </u>	$\stackrel{\perp}{+}$	<u> </u>	<u> </u>	Ļ	Ļ	<u> </u>	<u> </u>	ᆜ	P.:	S													
DISTRICT	: 🔲									$\perp$																
11.MOBILE	10. O	FAF	PPL	ICA	NT	OR	.FA	ATH	ER	Ol	R G	UA	RD	IAN	J:											
12. TYPE OF	DICA	DII	ITV	(\)	TT	ח ח	IC /	A DT	רו ז	r <b>v</b> (	CEI	тп	EIC	ЛTI	- IC	CII	ΕD	$\mathbf{p}\mathbf{v}$	CC	NÆ	ET.	ENI'	т			
				`																						
AUTHOR																										
13. AREA OF	DISA	BIL	ITY	<i>:</i>	••••	•••••	••••	•••••	••••	••••	•••••	•••••	••••	•••••	••••	•••••	• • • • •	•••••	•••••	•••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	••••
14. THE PAR	ΓICUI	LAR	LIN	MB I	RE	QUI	RE	ED T	O.	BE	FIT	TE	DΨ	VIT	ΗA	RT	IFI	CAl	LLI	MB	S:	••••		•••••	••••	· • • • •
		•••••	•••••		••••	•••••	••••	•••••	•••••	••••	•••••	•••••	••••	•••••	••••		• • • • •	••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	••••	•••••	
15. DISABILI	TYD	UE 7	ГО (	(PLF	EAS	SE T	TIC	KA	N	ľΟ	FT.	HE	FO	LLC	)W	INC	(i									

- A. ACCIDENT
- B. CONGENITAL
- C. DISEASE
- D. OR ANY OTHER REASON