सेंस इंटरनेशनल इंडिया, अहमदाबाद

स्पर्श सेंटर, साणंद

सर्वे फॉर्म

दिनांक: _____

विकलांगता का प्रकार (कृपया टिक करें):

☐ पूर्ण दृष्टिबाधित (Blind)	☐ अल्प दृष्टि (LV)	☐ ऊंचा सुनना (HoH)	☐ पूर्ण बधिरता (Deaf)
☐ सेरेब्रल पाल्सी (CP)	☐ लोकोमोटर विकलांगता (LCD)	☐ ऑटिज़्म (ASD)	☐ बौद्धिक विकलांगता (ID)
☐ बहविकलांगता (MI)	☐ अन्य _____		

व्यक्ति की जानकारी

1. व्यक्ति का पूरा नाम: _____

2. आयु: _____ वर्ष

3. पूरा पता: _____

4. संपर्क नंबर: _____

5. जन्म तिथि: _____

6. लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य

7. जाति: ☐ अनुसूचित जाति ☐ अनुसूचित जनजाति ☐ ओबीसी ☐ सामान्य

8. भाषा: _____

9. क्या परिवार में अन्य कोई दिव्यांग है? ☐ हाँ ☐ नहीं, अगर हाँ तो बताएं _____

The end

शैक्षणिक जानकारी

10. विकलांगता का कारण: _____

11. विकलांगता का समय: ☐ जन्म पूर्व ☐ जन्म के समय ☐ जन्म के बाद

12. शैक्षणिक योग्यता: ☐ अशिक्षित ☐ प्राथमिक ☐ माध्यमिक ☐ उच्चतर माध्यमिक ☐ अन्य

13. परिवार की वार्षिक आय: _____

14. परिवार का व्यवसाय: _____

स्वास्थ्य संबंधी जानकारी

14. क्या मिर्गी के दौरे आते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

15. यदि हाँ, तो क्या दवा लेते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

16. कोई अन्य बीमारी है? ☐ हाँ ☐ नहीं

17. क्या कोई अन्य चिकित्सकीय उपचार लिया गया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, विवरण: _____

18. क्या सहायक उपकरण प्राप्त हुए हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, उपकरण का नाम: _____

बच्चों की शिक्षा संबंधी जानकारी

19. क्या आंगनवाड़ी जाते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

20. क्या विद्यालय में अध्ययनरत हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

21. कक्षा: _____

22. क्या व्यावसायिक प्रशिक्षण/कोर्स कर रहे हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

23. क्या अन्य कोई शिक्षा/प्रशिक्षण प्राप्त किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

सरकारी योजनाओं हेतु उपलब्ध दस्तावेज

☐ विकलांगता प्रमाण पत्र

☐ जाति प्रमाण पत्र

☐ बैंक खाता विवरण

☐ आधार कार्ड

☐ राशन कार्ड

☐ मतदाता पहचान पत्र

☐ जन्म प्रमाण पत्र

☐ यू डी आई डी

New section

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त दी गई जानकारी मेरी जानकारी एवं सहमति से सही है।

विकलांग व्यक्ति/परिवार सदस्य के हस्ताक्षर: _____

फील्ड वर्कर के हस्ताक्षर: _____