



Janseva Mandal Trust's

# सै होमोपैथिक लैडिकल कॉलेज व नित्यानंद हॉस्पिटल

(Approved by C.C.H., New Delhi, Recog. by State Govt, of Maharashtra, Affiliated to M.U.H.S. Nasik.)

Dugad Phata, Tal. Bhiwandi, Dist. Thane - 421 302 (M.S.) ☎ : 02522-288877, Fax : 02522-288866

E-mail : saihmc@rediffmail.com | Website : www.saihmc.com | Mob.: 8856931432 / 7499998694

Ref. No.: JMT / SHMC /

Date : / /

## 6. STUDENT WELFARE SCHEMES

Sr. No.	Details	Details on College Website
1	Earn and Learn Scheme	Yes Details about all scheme explained to the students in student welfare scheme workshop
2	Book bank scheme	
3	Savitribai Phule Vidyadhan Scheme	
4	Dhanvantari Vidyadhan Scheme	
5	Sanjivani student safety Scheme	
6	Bahishal Shikshan Mandal Scheme	



  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital



ज्ञानो ह्यल्लोहोपाधीनो लहोव्यो वशीकृत्य इ गोपुत्राचार्ये होषोऽसौ

Jantova Mandal Trust's

(Approved by C.C.H., How Dutt, Recog. by State Govt. of Maharashtra, Affiliated to M.U.M.S. (H.S.S.))

Dugad Phata, Tal. Dholwadi, Dist. Thane - 421 302 (M.S.) (C): 02522-288877, Fax: 02522-288866

E-mail: saihmc@rediffmail.com | Website: www.saihmc.com | Mob.: 8856931432 / 749998694

Ref. No.: JMT/SIIMC/1049/2024

Date: 16/08/2024

To,  
The Registrar,  
Student Welfare Department,  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Vani-Dindori Road, Mhasrul,  
Nashik - 422 004.

Sub:- Regarding Savitribai Phule Scholarship Scheme.....

Ref:- MUIIS / SW / SCHEME / 1049 / 2024, date- 03/06/2024.

Respected Sir/Madam,

With reference to above subject, we want to inform you that we are sending student list for Savitribai Phule Scholarship Scheme.

Sr. No	Student Name	Year
1	Miss. Pal Sweta Rajnarayan	4 <sup>th</sup>
2	Miss. Shaikh Insha Aziz	4 <sup>th</sup>

Thanking You,

Attached applied with necessary document.

*[Handwritten Signature]*

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ  
महाराष्ट्र, वनी-दिंडोरी रोड, नाशिक - ४२२ ००४



Yours Faithfully

*[Handwritten Signature]*  
Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
नमुना अर्ज  
राधिकाई फुले मुलीकरीता शिष्यवृत्ती योजना



प्रति,  
मा. संचालक, विद्यार्थी कल्याण  
महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक.

०१	विद्यार्थीनीचे संपुर्ण नाव	शैल अश्ली
०२	जन्म तारीख व वय	०६/०३/२००१, २३ वर्ष.
०३	मोबाईल नं. व Email Id	९१३०४९८७०७
०४	मागासवर्गीय असल्यात प्रकार	होय / नाही   वर्गवारी (अनिवार्य) : Open
०५	राध्याचा पत्ता व दुरध्वनी / मोबाईल क्रमांक	Bolinj ; Bandar Pada, Haji Shaikh Mabhd. Chowk, Niram (W) - 408303.
०६	कायम निवासी पत्ता	-    -
०७	वडीलांचे / पालकांचे संपुर्ण नाव व पत्ता	शैल अश्ली अश्ली
०८	पालकांचे विद्यार्थीनीशी नाते	बहिणशी
०९	घरचा दुरध्वनी व मोबाईल क्र.	९१३०४९८७०७
१०	पालकांचा व्यवसाय / नोकरी	नोकरी
११	व्यवसाय / नोकरीचा पत्ता	विशेश (W)
१२	वार्षिक उत्पन्न (तहसिलदार यांनी दिलेल्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत छायाप्रत सोबत जोडावी)	४८,०००/-
१३	कार्यालय दुरध्वनी क्र. (एच.टी.डी कोडसहित)	-
१४	गतवर्षी उत्तीर्ण वर्ग व श्रेणी (स्वसाक्षात्कीत गुणपत्रकाची छायाप्रत सोबत जोडावी)	३rd Year.
१५	सध्या शिकत असलेला वर्ग	4th.
१६	कोर्सचे नाव व कालावधी	BHMS (5 1/2 Yr.)
१७	कोर्ससाठी प्रवेश घेतल्याचा दिनांक	२३/०२/२०२१
१८	कोर्स उत्तीर्ण होण्याचा संभाव्य दिनांक	
१९	महाविद्यालयाचे नाव	Sai Homoeopathic Medical College.
२०	महाविद्यालयाचा पत्ता	Sai HMC, Dugadphata, Bhiwandi Thane - 421302
२१	प्राचार्याचे नाव	Dr. Sanjay P. Shukla

२२	शुल्क परतावा किंवा फी सवलत रक्कम, शिष्यवृत्ती / फेलोशिप रक्कम, शिक्षण सहाय्य योजना रक्कम, भारत सरकार / महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्था यांच्याद्वारे मिळणाऱ्या सवलतीबाबत तपशील नमुद करण्यात येता.	रक्कम रु. (सदर रकमा भरणे अनिवार्य)
२३	विद्यार्थीनीचे वेंक्याते वरील नाव	Tusha Aziz Shaikh
२४	वेंक्या शाखेचे नाव व पत्ता	Union Bank of India, Viror (W)
२५	बँक खाते क्रमांक	410002010060704
२६	बँक आय एफ एस संवेतांक	UBIN0541001

सदर योजनेचा लाभ घेण्यासाठी, योजनेबाबत असलेल्या सर्व नियमांचे मी पालन करीन. या संदर्भात नियमात बदल करण्याचे सर्व हक्क विद्यापीठाकडे असतील तसेच सदर अनुदान हे विद्यापीठ निधीतून सवलतीच्या स्वरूपात मिळत असून तो माझा हक्क नाही याची मला जाणीव आहे. मी असेही जाहीर करते की, सदर अर्जात नमुद केलेली सर्व माहिती खरी आहे. ही माहिती खोटी असल्यास / तफावत आढळल्यास मी योग्य त्या शिक्षाभंगाच्या कार्यवाहीस पात्र असेन.

*Shaikh*  
Shaikh Tusha Aziz  
विद्यार्थीनीचे नाव व सही :  
दिनांक : 12/08/24

मी असे प्रमाणित करतो / करते की, माझ्या पाल्यास भारत सरकार / महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्थानधून तिच्या शिक्षणासाठी कोणत्याही प्रकारचे आर्थिक लाभ, शुल्क माफ किंवा शुल्क परतावा मिळत नाही / मिळणार नाहीत. तसेच कोणत्याही प्रकारचे स्टायपण्ड (विद्यावेतन) मिळत नाही.

*Arif*  
Arif Shaikh  
पालकांचे नाव व सही :  
दिनांक : 12/08/24

मी असे प्रमाणित करतो / करते की, सदर विद्यार्थीनीस भारत सरकार / महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्थानधून तिच्या शिक्षणासाठी कोणत्याही प्रकारचे आर्थिक लाभ, शुल्क माफ किंवा शुल्क परतावा मिळत नाही / मिळणार नाहीत. तसेच वरील विद्यार्थीनीस कोणत्याही प्रकारचे स्टायपण्ड (विद्यावेतन) मिळत नाही.



Dr. Sanjay P. Shukla  
अधिष्ठाता/प्राचार्याची सही  
नाव : *Shukla*  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

तपासणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर करावयाची कागदपत्रे	होय/नाही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला सहपत्र "अ" (नमुना अर्ज) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	1
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकाची स्वसाक्षात्कीत छायाप्रत जोडली आहे काय ?	होय	2
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत छायाप्रत (आर्थिक वर्ष - २०२३-२४) जोडली आहे काय ? (फक्त तहसिलदारांचा दाखला)	होय	3
४	आधारकार्ड ची स्वसाक्षात्कीत छायाप्रत	होय	4

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करतांना तपासणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Sunanda D. Chaudham  
College Clerk  
Mob. No. 8856931432

*Shukla*  
Dean/Principal  
Dr. Sanjay P. Shukla  
(Name, Signature & Stamp)  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

3

**MAHARASHTRA UNIVERSITY OF  
HEALTH SCIENCES, NASHIK**  
**STATEMENT OF MARKS FOR THIRD  
BHMS (2015) - Winter-2023**

Name of the Student:- SHAIKH INSHIA  
AZIZ

College:- Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital, Bhivandi, Thane

Seat No:-48275 PRN No:- DAB0120211754

HEADS		THEORY	PRACTICAL + ORAL	TOTAL
		200	200	400
SUBJECTS	MAX	200	200	400
	MIN	100	100	200
SURGERY		118	129	247
OBSTETRICS & GYNAECOLOGY		127	133	260
		100	100	200
		50	50	100
MIN		50	50	100
HOMOEOPATHIC MATERIA MEDICA		059	72	131
ORGANON OF MEDICINE		069	68	137
GRAND TOTAL		805 / 1200		
RESULT		PASS		

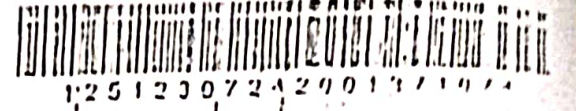
**NOTE:** 1) The above result is subject to change in case of any error in the processing of the results in accordance with the provisions under section-67 of Ordinance 1/2014.

2) For Verification of marks send an application with prescribed fees through the college before .05/04/2024 As per Circ. 70/2023, 20/11/23 And for Photostate(Xerox) copies of Answer books (If any), send an Application with requisite fee through the college before 05/04/2024 As per Circ. 70/2023, 20/11/23.

*ShaiKh*

TRUE COPY

*B. L. K. P. C.*  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical Col  
Hospital



## ऑफिस ऑफ नायब तहसीलदार, वसई

क्रमांक: ४१६४६२७४०२७  
जिल्हा: पालघर

### १ वर्षासाठी उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. अझीज हसन शेख राहणार बोळीज गाव चरी-विरर सिटी (महानगरपालिका), तहसील वसई, जिल्हा पालघर येथील अर्जदार आहेत. त्यांचे प्रतिज्ञापत्र या आधारेवर अर्जदार व त्यांच्या कुटुंबातील सर्व सदस्यांचे सर्व भागिने व साधनाने मिळालेले १ वर्षाचे उत्पन्न खालील प्रमाणे आहे.

वर्ष	वार्षिक उत्पन्न (₹)	अक्षरी (रुपये)
२०२३ - २०२४	४८,०००	अठ्ठ्यालीस हजार

सादरचा दाखला श्री. अझीज हसन शेख यांना मुलीच्या शिक्षण या कामासाठी देण्यात येत आहे, तसेच त्यांनी कार्यालयात सादर केलेल्या कामदपत्रांच्या आधारे देण्यात येत आहे.

हे प्रमाणपत्र ३१ मार्च २०२५ पर्यंतच वैध राहील.

सादर केलेल्या दस्तऐवज / पुराव्यांचे तपशील

१. शिक्षणपत्रिकेची प्रमाणित प्रत
२. वीज देयक / मालमत्ता कराची पावती / तलाव्याने जारी केलेले रहिवास प्रमाणपत्र
३. आधार कार्ड
४. हमीपत्र
५. स्वघोषण पत्र

क्रमांक: वसई  
दिनांक: ०५/०५/२०२४

*(Handwritten Signature)*

Signature valid  
Digitally Signed by  
Shashikant Rameshwar Lungerkar  
Date: 2024-05-01 12:46:51 PM

वसई  
*(Handwritten Signature)*  
Principal

TRUE COPY

Sai Homoeopathic Medical College



भारत सरकार  
Government of India

भारतीय विधि-पहचान आयोग  
Union Identification Authority of India

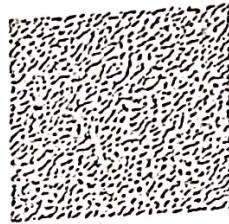
नमस्करण क्रमांक / Enrollment No. : 0656/04100/12504

To  
Incha Aziz Shaikh  
इन्चा अजीज शेख  
Bandar Pada, Bolinj,  
Virar West,  
VTC: Bolinj, PO: Virar,  
Sub District: Vasai, District: Thane,  
State: Maharashtra, PIN Code: 401003,  
Mobile: 9130459767

7-1035-101



KF740354819F1



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

8893 2180 8773

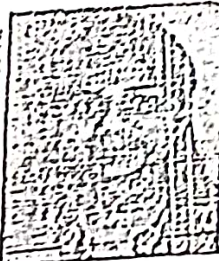
मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार  
Government of India



Issue Date: 14/11/2012



इन्चा अजीज शेख  
Incha Aziz Shaikh  
उप-विभाग / OSS: 0656/2603  
महिला / Female

8893 2180 8773

मेरा आधार, मेरी पहचान

*Shaikh*

TRUE COPY

*Shukla*  
Principal  
Sat Homoeopathic Medical Centre  
Bhandra Hospital



# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Savitribai Phulee Girls Scholarship Yojana

### Application Form

To,

The Director,  
Student Welfare  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Nashik, Maharashtra.

First Name:- INSHIA

Last Name:- SHAIKH

Upload

Registration/Photo 1723705501286.pdf

Photograph:- PRN Number:- DAB0120211754

Edit Student Details:-

Date of Birth:- 06-03-2001

Mobile No.:- 9130496707

Permanent Address:-

Email Id:- inshashaikho6@gmail.com

State:- MAHARASHTRA

District:-

Contact No.:-

Pincode:-

Mobile No:-

Current Address:- Bolinj Bandar Pada, Behind  
BSNL Office, Haji Shaikh Mohd. Marg, Virar (W),  
Tal. Vasai

Current State:- MAHARASHTRA

Current District:- Mumbai-City

Current Pincode:- 401303

Current Mobile No:- 9130496707

Current Contact No:- 9130496707

Category:- General / Open

Sub category:- Gen / Open

If Physically Handicap:- No

Caste Certificate:-

Relationship:- Father

Mother Name:- NAZNEEN

Address:- Bolinj Bandar Pada, Behind BSNL  
Office, Haji Shaikh Mohd. Marg, Virar (W), Tal.  
Vasai

Pincode:- 401303

State:- MAHARASHTRA

District:-

Occupation:- Housewife

Email Id:-

Office Address of Father / Guardian:-

Mobile No.:-

State:- MAHARASHTRA

District:-

Sign of Chairman/Secretary

Pincode:-

Email Id:-

Father / Guardian Name:- AZIZ

State:- MAHARASHTRA

District:- Mumbai-City

Occupation:- Private Job

Email Id:-

Mobile No.:-

Address:- Bolinj Bandar Pada, Behind BSNL Office, Haji Shaikh Mohd. Marg, Virar (W), Ta. Vasai

Pincode:- 401303

Mobile No.:-

Annual Income in Rs:- 84000.00

Attach Copy of Income Certificate by T Tehsildar:- registration/Insha 1723705638311.jpeg

Studied in Previous Class:- 3rd Year

Grade in Previous Class:-

Attested Photocopy of Previous Year Marks sheet:- registration/Insha Result 1723705674485.jpeg

College Name:- Sai Homocopathic Medical College & Nityanand Hospital

College Address:- A/P. Dugad phata, Tal- Bhiwandi

State:- MAHARASHTRA

District:- Thane

Mobile:- 02522 - 288877

Pincode:- 421302

Email Id:- sailmic@rediffmail.com

Principal Name:- Dr. Sanjay P. Shukla

Faculty:- Homocopathy

Stream:- Homocopathy

Course Type:- Certificate Course

Course Duration:- 5 years 6 month

Course:-

Present Year:- 1st Year

Academic Year:- 2024.- 2025

Possible date of Course Completion:- 14-03-2025

Date of Admission to course:- 23-02-2021

Student Name as per Bank Records:- Shaikh Insha Aziz

Bank Name:- Union Bank of India

IFSC Code:- UBIN0541001

Bank Address:- Bolinj, Surabhi, Bolinj Naka, Tal- Vasai, Virar (W)- 401303.

Bank Account Number:- 410002010060704

Aadhaar Card No.:- 889321808773

Upload Aadhaar Card Copy:- registration/Aadhar card 1723705775069.pdf

Information regarding Refund of fees / Amount in Rs:- 48000  
Concession in fees, Scholarship / Fellowship Amount, Shikshan Sahayya Yojana Amount, Concession received from Govt. Of India / Govt. of Maharashtra or other: :-

Sign of Chairman/Secretary

## Checklist

Sr. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attested Copy of Adhaar Card	Yes		
2	Attached photocopy of previous year's mark sheet attested by student	Yes		
3	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
4	Attached Copy of Caste Certificate	No		

## CERTIFICATE

I hereby certify that papers are attached as per the check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached).

Signature of  
Scrutiny  
Officer of MUHS

Chairman/Secretary

Place:  
Date:

Sign of Chairman/Secretary

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
नमुना अर्ज  
सावित्रीबाई फुले गुलीकरीता शिष्यवृत्ती योजना



प्रति,  
मा. संचालक, विद्यार्थी कल्याण  
महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक.

०१	विद्यार्थीनीचे संपुर्ण नाव	पाल श्वेती राजनारायण
०२	जन्म तारीख व वय	०४/०८/२००२
०३	मोबाईल नं. व Email Id	७५०६६०१०१९
०४	मागासवर्गीय असल्यास प्रकार	होय / नाही वर्गवारी (अनिवार्य) : Open
०५	साध्याचा पत्ता व दुरध्वनी / मोबाईल क्रमांक	B/2, Radha Krishna (Koliwadi) Dham, CHS sv Road, Borivali (W), Mumbai - 400092.
०६	कायम निवासी पत्ता	Same
०७	वडीलांचे / पालकांचे संपुर्ण नाव व पत्ता	Pat Rajnarayan Ramnath
०८	पालकांचे विद्यार्थीनीशी नाते	Daughters
०९	घरचा दुरध्वनी व मोबाईल क्र.	९८६७९४१९०३
१०	पालकांचा व्यवसाय / नोकरी	Business
११	व्यवसाय / नोकरीचा पत्ता	Mahavir Nagar, Kandivali (W) Mumbai -
१२	वार्षिक उत्पन्न (तहसीलदार यांनी दिलेल्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत छायाप्रत सोबत जोडावी)	4,00,000/-
१३	कार्यालय दुरध्वनी क्र. (एन.टी.डी बरोडसहित)	-
१४	गतवर्षी उत्तीर्ण वर्ग व श्रेणी (स्वसाक्षात्कीत गुणपत्रकाची छायाप्रत सोबत जोडावी)	३ <sup>rd</sup> Yr.
१५	मध्या शिकवत असलेला वर्ग	4 <sup>th</sup> B.Yeom
१६	कोर्सचे नाव व पालाबधी	BHMM
१७	कोर्ससाठी प्रवेश घेतल्याचा दिनांक	२९/०२/२१
१८	कोर्स उत्तीर्ण होण्याचा संभाव्य दिनांक	
१९	महाविद्यालयाचे नाव	Sri HMC Dugadphata, Bhiwandi.
२०	महाविद्यालयाचा पत्ता	Sri HMC Dugadphata, Tal - Bhiwandi, Dist - Thane - 401002.
२१	प्राचार्यांचे नाव	Dr. Sanjay P. Shukla

२२	शुल्क परतावा किंवा पी सवलत रजनाम, शिष्यवृत्ती / फेलोशिप रक्कम, शिक्षण सहाय्य योजना रक्कम, भारत सरकार / महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्था यांच्याकडून मिळणाऱ्या सवलतीबाबत तपशील नमुद करण्यात यावा.	रक्कम रु.  (सदर रकमाना भरणे अनिवार्य)
२३	विद्यार्थीनीचे वॅकवाते वरील नाव	Pal Jweta Rajnarayan
२४	वॅकच्या शाखेचे नाव व पत्ता	Bank ut Baroda.
२५	वॅकवाते क्रमांक	47080100004704
२६	वॅक आय एफ, एस संकेतांक	BARBOSATMUN

सदर योजनेचा लाभ घेण्यासाठी, योजनेबाबत असलेल्या सर्व नियमांचे मी पालन करीन. या संदर्भात नियमात बदल करण्याचे सर्व हक्क विद्यापीठाकडे असतील तसेच सदर अनुदान हे विद्यापीठ निधीतून सवलतीच्या स्वरूपात मिळत असून तो माझा हक्क नाही याची मला जाणीव आहे. मी असेही जाहीर करते की, सदर अर्जात नमुद केलेली सर्व माहिती खरी आहे. ही माहिती खोटी असल्यास / तफावत आढळल्यास मी योग्य त्या शिस्तभंगाच्या कार्यवाहीस पात्र असेन.

*Jweta Pal*

पाल ज्वेता राजनारायण /  
विद्यार्थीनीचे नाव व सही :  
दिनांक : 19/08/24

मी असे प्रमाणित करतो /करते की, माझ्या पाल्यास भारत सरकार /महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्थामधून तिच्या शिक्षणासाठी कोणत्याही प्रकारचे आर्थिक लाभ, शुल्क माफ किंवा शुल्क परतावा मिळत नाही/मिळणार नाहीत. तसेच कोणत्याही प्रकारचे स्टायपण्ड (विद्यावेतन) मिळत नाही.

श्री. राजेश राजेश १/८  
पालकाचे नाव व सही :  
दिनांक : 19/08/24

मी असे प्रमाणित करतो /करते की, सदर विद्यार्थीनीस भारत सरकार /महाराष्ट्र शासन अथवा इतर संस्थामधून तिच्या शिक्षणासाठी कोणत्याही प्रकारचे आर्थिक लाभ, शुल्क माफ किंवा शुल्क परतावा मिळत नाही/मिळणार नाहीत. तसेच वरील विद्यार्थीनीस कोणत्याही प्रकारचे स्टायपण्ड (विद्यावेतन) मिळत नाही.



Dr. Sanjay P. Shukla  
अधिष्ठाता/प्राचार्याची सही  
नाव : *Shukla*  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

## तपासणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर करावयाची कागदपत्रे	होय/ताही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला सहपत्र "म" (नगुना अर्ज ) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	1
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकाची स्वसाक्षांकीत छायाप्रत जोडली आहे काय ?	होय	2
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षांकीत छायाप्रत (आर्थिक वर्ष - २०२३-२४) जोडली आहे काय ? (फक्त तहसिलदारांचा दाखला)	होय	3
४	आधारकार्ड ची स्वसाक्षांकीत छायाप्रत	होय	4

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करतांना तपासणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Guranda D. Chaudhari  
College Clerk  
Mob. No. 8856931482

  
Dean/Principal

Dr. Sanjay P. Shukla

(Name, Signature & Stamp)

Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital



MAHARASHTRA UNIVERSITY OF  
HEALTH SCIENCES, NASHIK  
STATEMENT OF MARKS FOR THIRD BIIMS  
(2015) - Winter-2023

Name of the Student:- PAL SWETA  
RAJNARAYAN

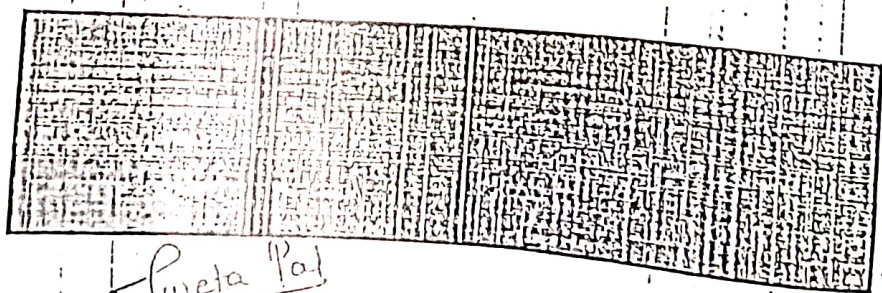
College:- Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital, Bhivandi, Thane

Seat No:-48263 PRN No:- DAB0120211

HEADS		THEORY	PRACTICAL • ORAL	TOTAL
SUBJECTS	MAX MIN	200	200	400
SURGERY		100	100	200
OBSTETRICS & Gynaecology		120	100	220
	MAX MIN	120	125	245
HOMOEOPATHIC MATERIA MEDICA		100	100	200
	MAX MIN	50	50	100
HOMOEOPATHIC MEDICINE		100	62	162
ORGANON OF MEDICINE		100	0	100
GRAND TOTAL		700	620	1320
RESULT		727 / 1200		PASS

**NOTE:** 1) The above result is subject to change in case of any error in the processing of the results in accordance with the provisions under section-67 of Ordinance 1/2014.

2) For Verification of marks send an application with prescribed fees through the college before .05/04/2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23 And for Photostate(Xerox) copies of Answer books (If any), send an Application with requisite fee through the college before 05/04/2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23.



Sweta Pal

TRUE COPY

Principal

Sai Homoeopathic Medical College

158

Acknowledgment Number: G92102240130724

Date of filing : 13-Jul-2024

### INDIAN INCOME TAX RETURN ACKNOWLEDGEMENT

Assessment Year  
2024-25

(Where the data of the Return of Income in Form ITR-1(SAIYA), ITR-2, ITR-3, ITR-4(SUGAM), ITR-5, ITR-6, ITR-7 filed and verified)  
(Please see Rule 12 of the Income-tax Rules, 1962)

PAN	AOSPP797UN		
Name	RAJNARAYAN RAMNATH PAL		
Address	D/2, RADHA KRISHNA GOKUL CHS LTD, S V ROAD, BORIVALI WEST, MUMBAI, Maharashtra, 91-INDIA, 400092		
Status	Individual	Form Number	ITR-4
Filed u/s	139(1)-On or before due date	e-Filing Acknowledgement Number	G92102240130724

Taxable Income and Tax Details	Current Year business loss, if any	1	0	
	Total Income	2	3,50,900	
	Book Profit under MAT, where applicable	3	0	
	Adjusted Total Income under MAT, where applicable	4	0	
	Net tax payable	5	0	
	Interest and Fee Payable	6	0	
	Total tax, Interest and Fee payable	7	0	
	Taxes Paid	8	0	
	(+) Tax Payable /(-) Refundable (7-8)	9	0	
	Accreted Income and Tax Detail	Accreted Income as per section 115TD	10	0
		Additional Tax payable u/s 115TD	11	0
		Interest payable u/s 115TE	12	0
		Additional Tax and Interest payable	13	0
		Tax and Interest paid	14	0
		(+) Tax Payable /(-) Refundable (13-14)	15	0

Income Tax Return electronically transmitted on 13-Jul-2024 16:56:30 from IP address 110.226.102.131  
 and verified by RAJNARAYAN RAMNATH PAL having PAN AOSPP797UN on 13 Jul 2024  
 using paper ITR-Verification Form /Electronic Verification Code TUJ2923NSI generated through Aadhaar OTP mode

System Generated  
Barcode/QR Code



AOSPP797UN04692102240130724bec354f86451eb2ac12971c107b4d53ebd6c68

DO NOT SEND THIS ACKNOWLEDGEMENT TO CPC, BENGALURU

TRUE COPY

*Jweta Pal*

*Shakti*  
Principal  
Sri Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital



Date of filing : 13-Jul-2024

Acknowledgement Number: 692102240130724

### INDIAN INCOME TAX RETURN ACKNOWLEDGEMENT

Assessment Year  
2024-25

(Where the data of the Return of Income in Form ITR-1 (SAHAJ), ITR-2, ITR-3, ITR-4 (SUGAM), ITR-5, ITR-6, ITR-7 filed and verified)  
(Please see Rule 12 of the Income-tax Rules, 1962)

PAN	AOSPP7978H		
Name	RAJNARAYAN RAMNATH PAL		
Address	U/2, RADHA KRISHNA GOKUL CHS LTD, S V ROAD, BONIVALI WEST, MUMBAI, Maharashtra, 91- INDIA, 400092		
Status	Individual	Form Number	ITR-4
Filed u/s	139(1)-On or before due date	e-Filing Acknowledgement Number	692102240130724

Taxable Income and Tax Details			
	Current Year business loss, if any	1	0
	Total Income	2	3,50,900
	Book Profit under MAT, where applicable	3	0
	Adjusted Total Income under MAT, where applicable	4	0
	Net tax payable	5	0
	Interest and Fee Payable	6	0
	Total tax, Interest and Fee payable	7	0
	Taxes Paid	8	0
	(+) Tax Payable /(-) Refundable (7-8)	9	0
Accreted Income and Tax Detail			
	Accreted Income as per section 1151D	10	0
	Additional Tax payable u/s 1151D	11	0
	Interest payable u/s 1151E	12	0
	Additional Tax and Interest payable	13	0
	Tax and Interest paid	14	0
	(+) Tax Payable /(-) Refundable (13-14)	15	0

Income Tax Return electronically transmitted on 13-Jul-2024 16:56:30 from IP address 110.226.102.131  
 and verified by RAJNARAYAN RAMNATH PAL having PAN AOSPP7978H on 13 Jul 2024  
 using paper ITR-Verification Form /Electronic Verification Code TUJ2923NSI generated through Aadhaar OTP mode

System Generated  
Barcode/QR Code



AOSPP7978H04G92102240130724boc354f8fe451eb2ac12971e10704da3ebcd68

DO NOT SEND THIS ACKNOWLEDGEMENT TO CPC, BENGALURU

TRUE COPY

*Sweta Pal*

*Shukla*  
Principal  
Sri-Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital



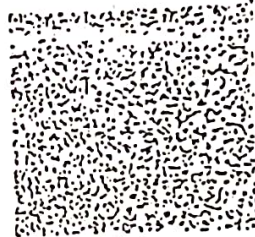
भारतीय विशिष्ट ओळख प्राधिकरण

भारत सरकार  
Unique Identification Authority of India  
Government of India

आपला आधार क्रमांक / Enrollment No. 20060450979975

35 67 29 5  
35 67 29 5  
Sweta Rajnarayan Patil  
B-02 Radhakrishna Gokulbham CHS S V Road  
Near Kora Kendra Fly Over Bridge  
Borival West S D  
Mumbai

35 67 29 5  
35 67 29 5  
Maharashtra - 400 066  
20060450979975



आपला आधार क्रमांक / Your Aadhaar No.

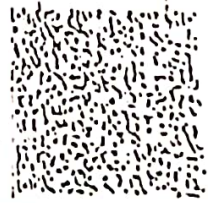
3254 6207 9975

माझे आधार, माझी ओळख



भारत सरकार  
Government of India

35 67 29 5  
Sweta Rajnarayan Patil  
DOB: 01/08/2002  
F - Female



3254 6207 9975

माझे आधार, माझी ओळख

Sweta Patil

TRUE COPY

Shukla  
Principal

Sri Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Savitribai Phulee Girls Scholarship Yojana

### Application Form

To, The Director, Student Welfare Maharashtra University of Health Sciences, Nashik, Maharashtra.	
First Name:- SWETA	Last Name:- PAI.
Upload Photograph:- registration/sweta photo_1723705052247.pdf	PRN Number:- DA10120211740
Edit Student Details:-	
Date of Birth:- 04-03-2002	
Mobile No.:- 7506601013	Email Id:- 0403pai@gmail.com
Permanent Address:- B/2, Radha Krishna Gokul Dham,CHS SV Road,Borivali (W), Mumbai - 400092	State:- MAHARASHTRA District:- Mumbai City
Pincode:- 400092	Contact No.:-
Mobile No:-	
Current Address:- B/2, Radha Krishna Gokul Dham,CHS SV Road,Borivali (W), Mumbai - 400092	Current State:- MAHARASHTRA Current District:-
Current Pincode:- 400092	Current Contact No:-
Current Mobile No:- 7506601013	
Category:- General / Open	Caste Certificate:-
Sub category:- Gen / Open	
If Physically Handicap:- No	
Relationship:- Father	
Mother Name:- ROSHNI	Address:- B/2, Radha Krishna Gokul Dham,CHS SV Road,Borivali (W), Mumbai - 400092
State:- MAHARASHTRA	Pincode:- 400092
District:-	Mobile No.:-
Occupation:-	
Email Id:-	
Office Address of Father / Guardian:-	State:- MAHARASHTRA District:-

1/3

Sign of Chairman/Secretary

19  
Checklist

Sl. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attested Copy of Adhaar Card	Yes		
2	Attached photocopy of previous year's mark sheet attested by student.	Yes		
3	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
4	Attached Copy of Caste Certificate	No		

**CERTIFICATE**

I hereby certify that papers are attached as per the check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached).

Place:  
Date:

Signature of  
Scrutiny  
Officer of MUHS

Chairman/Secretary

Sign of Chairman/Secretary

Pincode:-	Mobile No.:- 9967096134
Email Id:-	
Father / Guardian Name:- RAJNARAYAN	Address:- B/2, Radha Krishna Gokul Dham, CHS SV Road, Borivali (W). Mumbai- 400092
State:- MAHARASHTRA	Pincode:- 400092
District:- Mumbai-City	Mobile No.:- 9967096134
Occupation:- Juice Shop	
Email Id:-	
Annual Income in Rs:- 495840.00	Attach Copy of Income Certificate by Tehsildar:- registration/Sweta IC_1723705233902.jpeg
Studied in Previous Class:-	Grade in Previous Class:-
Attested Photocopy of Previous Year Marks sheet:-	registration/Sweta Result 723705243545.jpeg
College Name:- Sai Homocopathic Medical College & Nityanand Hospital	
College Address:- A/P. Dugad phata, Tal- Bhiwandi	State:- MAHARASHTRA
Pincode:- 421302	District:- Thane
Email Id:- saihmc@rediffmail.com	Mobile:- 02522 - 288877
Faculty:- Homocopathy	Principal Name:- Dr. Sanjay P. Shuka
Course Type:- Certificate Course	Stream:- Homocopathy
Course:-	Course Duration:- 5 years 6 month
Present Year:- 1st Year	Academic Year:- 2025 - 2026
Possible date of Course Completion:- 23-02-2025	Date of Admission to course:- 23-02-2021
Student Name as per Bank Records:- Sweta Rajnarayan Pal	Bank Name:- Bank of Baroda
IFSC Code:- BARB0SAIMUM	Bank Address:- Sai Baba Nagar, Borivali (W), Mumbai- 400092
Bank Account Number:- 47080100004704	
Aadhaar Card No.:- 325462079975	Upload Aadhaar Card Copy:- registration/Sweta Aadhaar_1723705333966.pdf
Information regarding Refund of fees / Concession in fees, Scholarship / Fellowship Amount, Shiksha Sahayya Yojana Amount, Concession received from Govt. Of India / Govt. of Maharashtra or other :-	Amount In Rs:- 400000

Sign of Chairman/Secretary

# श्री होम्योपैथिक मेडिकल कॉलेज & नित्यानंद हॉस्पिटल

(Approved by G.C.H., How Dold, Recog. by State Govt. of Maharashtra, Affiliated to M.U.H.S. Nashik.)

Dugad Phata, Tal. Bilwandi, Dist. Thane - 421 302 (M.S.) (C): 02522-200077, Fax : 02522-200066  
E-mail : saihmc@rediffmail.com | Website : www.saihmc.com | Mob.: 8856931432 / 749990694

Ref No: JMF/SW/SCHEME/1047/2024

Date: 14/08/2024

To,  
The Registrar,  
Student Welfare Department,  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Vani-Dindori Road, Mhasrul,  
Nashik - 422 004.

Sub.: - Regarding Earn While Learn Scheme.....

Ref.: - MUHS / SW / SCHEME /1047/ 2024, date- 03/06/2024.

Respected Sir/Madam,

With reference to above subject, we want to inform you that we are sending student list for Earn While Learn Scheme.

Sr. No	Student Name	Year
1	Miss. Chavan Shraddha Arun	1 <sup>st</sup> BHMS
2	Miss. Pawar Priyanka Chandrakant	1 <sup>st</sup> BHMS
3	Mr. Dandavate Aniket Dadasaheb	4 <sup>th</sup> BHMS
4	Mr. Chavan Vilas Jagannath	4 <sup>th</sup> BHMS

Thanking You,

Attached applied with necessary document.

28/06/24

महाराष्ट्र आरोग्य विद्यालय विलापीठ  
महाराष्ट्र, वानी-दिंदोरी रोड, नाशिक - 422 004



Yours Faithfully

*Shubha*  
Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

(साक्षात् "अ")

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
"नमसा व शिवा" योजनेतर्गत प्रवेश मिळविण्यासाठी  
विद्यार्थ्यांचे करावयाचे नमुना अर्ज



१. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : श्रद्धा अश्रुण चव्हाण
२. शिक्षित असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : साई होमियोपॅथिक मेडिकल कॉलेज
३. विद्यार्थ्यांचा कायम निवासी पत्ता: शिंदिरा नगर, लिंक रोड,  
ओशिवरा डेपो जवळ गोरेगाव (प.) मुंबई ९०४
४. मोबाईल नंबर / दुरध्वनी क्र. (STD) कोडसह: ९१ + ८७७९५९०६१९
५. ईमेल आयडी: shradhdhachavan2124@gmail.com
६. जन्म तारीख: २४/३१/२००० वय: २३ वर्ष
७. तन्हा शिक्षित असलेला वर्ग आणि कोर्स: ५<sup>th</sup> year B.H.M.S
८. नागोलवर्षी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले एकूण गुण व टक्केवारी (%): ५४.३१%  
(नतवर्षीच्या गुणपत्रिकेची स्वतांक्षांकित प्रत सोबत जोडावी.)
९. वडीलांचे/पालकांचे संपूर्ण नाव श्री / श्रेष्ठता: अश्रुण चव्हाण
१०. नोकरी / व्यवसाय चहाने दुकान
११. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : रु. ३९,९९,००० (तहसिलदारांनी दिलेल्या उत्पन्नाचा दाखला स्वतांक्षांकित करून जोडावा.)
१२. जोगते काम निवडले आहे: १) लायब्ररीनिंग काम  
२) इतर क्लिनिकल काम  
३) महाविद्यालयातील गरजेनुसार काम करणे
१३. अध्ययन तात्त्विक कालावधी : ४ वर्ष
१४. मागास वर्गीय असल्यास प्रकार : इ. इ. अर्हिदू प्रवर्ग : चांभार
१५. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : ८१३१५३१५५३०० (आधारकार्ड स्वतांक्षांकित प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)
१६. योजनेच्या अटी, शर्ती, हिशोब, आर्थिक व्यवहार याबाबत सर्व नियमांचे मी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात खंड पडू देणार नाही अशी मी हमी देतो/दिते.  
वर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.

विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

श्रद्धा अश्रुण चव्हाण  
shradhdha  
विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

सदर विद्यार्थी गरीब व गरजू असून योजनेसाठी दिलेली माहिती खरी आहे.



अधिष्ठाता/प्राचार्यांची सही  
shradhdha  
Principal  
Sai Homoeopathic Medical College

123

(पृष्ठ "४")

तपासणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर करावयाची कागदपत्रे	होय/नाही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला राहपत्र "अ" (नमुना अर्ज ) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	१
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकाची स्वसाक्षांकीत प्रत जोडली आहे काय ?	होय	२
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षांकीत प्रत (आर्थिक वर्ष २०२३ - २४) जोडली आहे काय ? (फक्त तहसिलदार कार्यालयाचा दाखला)	होय	३
४	विद्यार्थ्यांचा/विद्यार्थिनींचा ऑनलाईन अर्जाची प्रत तसेच विद्यार्थ्यांनि/विद्यार्थिनींने स्वतः भरेलेला अर्जाची हार्डकॉपी	होय	४-६
५	आघार कार्ड ची स्वसाक्षांकीत प्रत	होय	७

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करताना तपासणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Sunanda D. Chaudhari  
College Clerk  
Mob. No. 9856981482

Dean/Principal

(Name, Signature & Stamp)

Principal

Sri Homeopathic Medical College  
and Hospital





महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण बोर्ड  
 Maharashtra State Board of  
 Secondary and Higher Secondary Education, Pune

मुंबई विभागीय बोर्ड / MUMBAI DIVISIONAL BOARD

उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा - जुलै २००३

HIGHER SECONDARY CERTIFICATE EXAMINATION - STATEMENT OF MARKS

शाखा STREAM	संकेत क्रमांक SEAT NO.	संकेत क्रमांक SERIAL NO.	जिल्हा व उच्च माध्यमिक शाळा DIST. & H.R. SEC. SCHOOL NO.	परीक्षा महिना व वर्ष MONTH & YEAR OF EXAM.	प्रमाणपत्र क्रमांक SR. NO. OF STATEMENT
SCIENCE	M066909	3601	32.02.003	FEBRUARY-11	223524

उमेदवाराचे संपूर्ण नाव (आडनाव प्रथम) / CANDIDATE'S FULL NAME (SURNAME FIRST)

Chavan Shraddha Arun

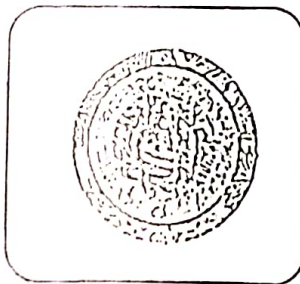
उमेदवाराच्या आईचे नाव / CANDIDATE'S MOTHER'S NAME

Meena

विषयाचा कोडे-नामिक क्रमांक व विषयाचे नाव Subject Code No. and Subject Name	माध्यम Medium	अधिकतम पुण Max. Marks	प्राप्त पुण / Marks Obtained	
			अंक In Figures	शब्दात / In Words
01 ENGLISH	ENG	100	077	SEVENTYSEVEN
02 MARATHI	MAR	100	082	EIGHTYTWO
40 MATHEMATICS & STATISTICS	ENG	100	035	THIRTYFIVE
54 PHYSICS	ENG	100	049	FORTYNINE
55 CHEMISTRY	ENG	100	043	FORTYTHREE
56 BIOLOGY	ENG	100	046	FORTYSIX
31 ENVIRONMENT EDUCATION	ENG	050	047	FORTYSEVEN
30 HEALTH & PHYSICAL EDUCATION (GRADE)	B			

Result / निष्पत्ती	Percentage / टक्केवारी	एकूण पुण / Total Marks	550	379	THREE HUNDRED AND SEVENTYNINE
PASS	59.31				

H184223524



3610339126190

*(Signature)*

विभागीय सचिव / Divisional Secretary

गव्हर्नर, टी.व्ही. आर.के. यांनी जारी केलेल्या विषयातील श्रेणी आणि विषयांची माहिती यांचा प्रयोग करून घ्यावा.  
 See overleaf for Important Notes, Grades in Health & Physical Education Subject and meaning of special characters.

*(Signature)*

TRUE COPY

*(Signature)*  
Principal

Sri Homoeopathic Medical College and Nitymand Hospital



# तहसीलदार कार्यालय बोरीवली

पिन : ४०२० ३१६३१६  
डिप्टी : १४६६ १०११११

## १ वर्षासाठी उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. अरुण नामु सध्या सध्या २४, बंदीत नगर, सिव्ही रोड, गोरेगाव येथे राहणारे गोरेगाव ( ५ ) गाव गोरेगाव, तहसील बोरीवली, जिल्हा मुंबई उपनगर कॅम्पेस अर्बा, तालुका अहवाल या अध्यावर अर्बा व त्यांच्या कुटुंबातील सर्व सदस्यांचे राहणी मालकी मालकीचे १ वर्षाचे उत्पन्न प्रमाणे आहे.

वर्ष	वार्षिक उत्पन्न (₹)	अधारी (रुपये)
२०२३ - २०२४	१,४१,०००	एक लाख एवढ्याचीस हजेरा

सदरमा यथला श्री. अरुण नामु सध्या गांवा मुलांच्या शिष्यासाठी या कार्यासाठीच देण्यात येत आहे. त्यांनी कायदापार सादर घेतल्या कागदपत्रांच्या जागरे देण्यात येत आहे.

हे प्रमाणपत्र ३१ मार्च २०२४ पर्यंतच वैध राहील.

सादर घेतल्या वस्तुपत्र / पुराव्यांचे तपशील

१. जापार कार्ड
२. SAMDAR LETTER
३. सीव्ही डेक्क / मालमत्ता करारी भाववी / तलाख्याने चारी खेलेले रजिस्टार प्रमाणपत्र
४. खर्च
५. शिष्यासाठी जरोल वर विवाद्यांचे कागदपत्रे पुरावे
६. शिष्यापत्रिकेची प्रमाणित प्रत
७. चलाजी अहवाल

स्थळ : बोरीवली  
दिनांक : १४/०६/२०२४

Signature valid  
Digitally Signed by  
LATA RAJKANT PATIL (KOLI)  
Date: 2024-06-14 11:22:47 AM  
बोरीवली

Printed By - OUT10 : LB-D12400157 VLE Name Deepak Ramchandra Patil, Date: 14-06-2024 2:27:11

नोंद घ्यावी की, या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास (1) द्यावायच अडथळ्यास द्यावे. (2) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (3) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (4) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (5) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (6) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (7) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (8) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (9) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे. (10) या प्रमाणपत्रावर कोणत्याही प्रकारचा अडथळ्यास द्यावे.

*(Signature)*

TRUE COPY

*(Signature)*  
Principal  
Sat Homoeopathic Medical College  
and Nityaand Hospital

# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Earn While Learn Yojna

### Application Form

To,  
The Director,  
Student Welfare  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Nashik, Maharashtra.

First Name:- SHRADDHA  
Last Name:- CHAVAN  
Upload registration/Photo\_1723638781964.jpeg  
Photograph:- PRN Number:- TEMP-296902

Edit Student Details:-

Date of Birth:- 24-11-2000

Mobile No.:- 8779590619

Permanent Address:- Indira Nagar, Link Road,  
Near Oshiwara Depot, Borivali, Mumbai-400104.

Pincode:- 400104

Mobile No:-

Email Id:- shraddhachavan2124@gmail.com

State:- MAHARASHTRA

District:- Mumbai-City

Contact No.:- 8779590619

Relationship:- Father

Mother Name:- MEENA

State:- MAHARASHTRA

District:- Mumbai-City

Occupation:- Housewife

Email Id:- shraddhachavan2124@gmail.com

Father / Guardian Name:- ARUN

State:- MAHARASHTRA

District:- Mumbai-City

Occupation:- Tea Shop

Email Id:- shraddhachavan2124@gmail.com

Address:- Indira Nagar, Link Road, Near  
Oshiwara Depot, Borivali, Mumbai-400104.

Pincode:- 400104

Mobile No.:- 9867785531

Address:- Indira Nagar, Link Road, Near  
Oshiwara Depot, Borivali, Mumbai-400104.

Pincode:- 400104

Mobile No.:- 9867785531

Annual Income in Rs:- 141000.00

Attach Copy of Income Certificate by  
Tehsildar:- student/Chavan Shraddha Income  
1723638726588.pdf

Studied in Previous Class:- 1st Year

Grade in Previous Class:- A+

Attested Photocopy of Previous Year Marks sheet:- registration/12 marksheet\_1723639189336.pdf

Sign of Chairman/Secretary

College Name:- Sai Homoeopathic Medical College & Nityanand Hospital  
 College Address:- A.P. Dugal phata, Tal- State- MAHARASHTRA  
 Pithavandi  
 District- Thane  
 Pincode:- 421302  
 Mobiler- 02522 - 33377  
 Email Id:- saihmc@rediffmail.com  
 Principal Name:- Dr. Sunita P. Shukla  
 Faculty:- Homoeopathy  
 Stream:- Homoeopathy  
 Course Type:- Under Graduate  
 Course Duration:- 5 years 6 month  
 Course:- Bachelor of Homoeopathic Medicine  
 and Surgery  
 Present Year:- 1st Year  
 Academic Year:- 2021 - 2022  
 Possible date of Course Completion:- 05-11-2027  
 Date of Admission to course:- 05-11-2021

Student Name as per Bank Records:- Bank Name:- Ujjyan Small Finance Bank  
 SURADIPHA ARUN CHAVAN  
 Bank Address:- D. Debnity, Jai Prakash Nagar,  
 Rd Number 1, opp Komal Studio, Parni Hong, Jay  
 Prakash Nagar, Goregaon, Mumbai, Maharashtra  
 400063  
 IFSC Code:- UJVN0001433

Bank Account Number:- 4133110010000478  
 Aadhaar Card No:- 818183188300  
 Upload Aadhaar Registration Copy:-  
 registration/Aadhaar\_1722639401247.pdf

Work you have choosen to do :-  
 a):- Library Related Work  
 b):- Garden Work  
 c):- Other related work  
 Duration of Study Hours:- 08

I will abide by the Vojana's rules and regulation budget financial business. Also, I assure that I will not affect my studies. Above mentioned information is true to my knowledge.

Sign of Chairman Secretary

**Checklist**

Sr. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attached photocopy of previous year's mark sheet attested by student.	Yes		
2	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
3	Attested Copy of Adhaar Card	Yes		

**CERTIFICATE**

I hereby certify that papers are attached as per the check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached).

Signature of  
Scrutiny  
Officer of MUIS

Chairman/Secretary

Place:  
Date:

Sign of Chairman/Secretary



219



भारत सरकार  
GOVERNMENT OF INDIA

भारतीय विधिपालनाधिकारिता  
Unique Identification Authority of India

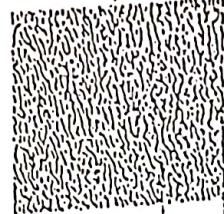
आधार क्रमांक / Enrollment No. : 28217270315/07500

To  
Shraddha Arun Chavan  
D/O Arun Chavan,  
India Nagar,  
Lok Road,  
Opp. Chorapan Bus Depot,  
VIC: Chorapan West,  
District: Mumbai,  
State: Maharashtra, PIN Code: 400104,  
Mobile: 0779590610

47045443



KE470454432FL



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

8181 5315 5300

मेरा आधार, मेरी पहचान.



भारत सरकार  
Government of India

Issue Date: 14/02/2012



Shraddha Arun Chavan  
Dob: 24/11/2000  
Female

8181 5315 5300

मेरा आधार, मेरी पहचान

*Shraddha*

TRUE COPY

*Shukla*  
Principal

Sri Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
"योग्यता व शिक्त" योजनेनेर्गत प्रवेश विळनिष्ठासाठी  
विद्यार्थ्यांचे भरवण्याचा नमुना अर्ज



१. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : (प्रियांका) चंद्रकांत पवार  
२. शिक्त आलेल्या संस्था/संस्थानाचे नाव : शाई लोमीःहोपॅथीक मेडीकल कॉलेज  
३. विद्यार्थ्यांचा पालक विवाही पत्ता : मातंग जेजा जंघल, पाटिल  
१२ नागूर, वंजूर (पश्चात) रोड, कांदिवली (प) मुंबई - ४०० ०६७

४. मोबाईल नंबर / दुसऱ्या क्र. (वा) नंबर : ९९५०४४५७९३  
५. ईमेल आयडी : priyanka.pawar10425@gmail.com  
६. जन्म तारीख : १६/०४/२००४ वय : २० वर्ष  
७. राज्य शिक्त आलेल्या वर्ष आणि वर्ग : १st Year - BHM.B

८. मागीलवर्षी शालेयां परीक्षा मिळालेले पूर्ण गुण नसणेवारी (%) :  
(मातंगीच्या गुणां वरील स्वसंशोधित प्रत सोबत जोडावी.)

९. मधील/पालक/संपूर्ण नाव वी / संदर्भ : चंद्रकांत लुमाशेने पवार  
१०. नोकरी / व्यवसाय (विशेष) (वा) नव :  
११. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : (तद्विल्लक्षणीत दिलेल्या उत्पन्नाचा  
साखळा स्वसंशोधित करून जोडावा.)

१२. योग्यते काम निवडणे जाणू : १) लोमीःहोपॅथी  
२) होमोपॅथीक मेडीकल कॉलेज  
३)

१३. अध्ययन ताकत कायनामी :  
१४. मातंग वर्गीय अर्थव्यवस्था प्रकार : (दिवे) जावली - वर्ग : INT(B)

१५. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : ५६५२ ५२५३ ५०११ (आधारकार्ड स्वसंशोधित प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)

१६. योजनेच्या अटी, शर्ती, दिशेने, वार्षिक व्यवहार साबाबत सर्व नियमांचे यी पालन करीन व माझ्या शोधनाक  
आयकनात खंड पद देणार नाही अशी यी इफी देतो/दितो.  
यद नमुद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.

विभाग प्रमुखांचे नाव व स्वाक्षरी  
मदर विवाही परीक्षे व परतु अमुन योजनेसाठी दिलेली माहिती खरी आहे.

प्रियांका चंद्रकांत पवार  
विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी



अध्यक्षाता/प्राचार्य - B. राई  
  
Principal  
Sri Homoeopathic Medical College  
and Hospital

तपासणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर करावयाची कागदपत्रे	होय/नाही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला सहपत्र "अ" (नमुना अर्ज ) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	1
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकाची स्वसाक्षात्कीत प्रत जोडली आहे काय ?	होय	2
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत प्रत (वार्षिक वर्ष २०२३ - २४) जोडली आहे काय ? (फक्त तहसिलदार कार्यालयाचा दाखला)	होय	3
४	विद्यार्थ्यांचा/विद्यार्थ्यांनीचा ऑनलाईन अर्जाची प्रत तसेच विद्यार्थ्यांने/विद्यार्थ्यांनीने स्वतः भरलेला अर्जाची हार्डकॉपी	होय	4-6
५	आधार कार्ड ची स्वसाक्षात्कीत प्रत	होय	7

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करतांना तपासणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Sunanda D. Chaudhami  
College Clerk  
Mob. No. 9856991492

Dean/Principal

(Name, Signature & Stamp)

Principal  
Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital





महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ, पुणे  
 Maharashtra State Board Of  
 Secondary and Higher Secondary Education, Pune

मुंबई विभागीय मंडळ / MUMBAI DIVISIONAL BOARD

उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा - गुणपत्रक

HIGHER SECONDARY CERTIFICATE EXAMINATION - STATEMENT OF MARKS

प्रवाह STREAM	उपस्थान क्रमांक SEAT NO.	उपस्थान केंद्र CENTRE NO.	विद्यार्थ्याचा शाळा क्रमांक EST. H. SEC. SCHOOL NO.	परीक्षा महिना व वर्ष MONTH & YEAR OF EXAM.	पत्रक क्रमांक SERIAL NO. OF STATEMENT
SCIENCE	MO76657	3701	32.03.0187	MARCH-22	253853

उमेदवाराचे संपूर्ण नाव (अक्षरांत प्रथम) / CANDIDATE'S FULL NAME (SURNAME FIRST)

Pawar Priyanka Chandrakant

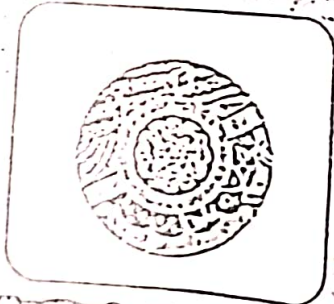
उमेदवाराच्या आईचे नाव / CANDIDATE'S MOTHER'S NAME Hemangi

विषयाचा कोड व विषयाचे नाव Subject Code No. and Subject Name	माध्यम Medium	पूर्व पु. Mark	प्राप्त गुण किंवा ग्रेड / Marks or Grade Obtained		
			गुण In Figures	ग्रेड / In Words	
01 ENGLISH	ENG	100	077	SEVENTYSEVEN	
02 MARATHI	MAR	100	083	EIGHTYTHREE	
40 MATHEMATICS & STATISTICS	ENG	100	035	THIRTYFIVE	
54 PHYSICS	ENG	100	043	FORTYTHREE	
55 CHEMISTRY	ENG	100	058	FIFTYEIGHT	
56 BIOLOGY	ENG	100	073	SEVENTYTHREE	
31 ENV. EDU. & WATER SECURITY	ENG		A		
30 HEALTH & PHYSICAL EDUCATION	ENG		A		
टक्केपणा / Percentage	61.50	संपूर्ण गुण / Total Marks	600	369	THREE HUNDRED AND SIXTYNINE
निष्पत्ती / Result	PASS				



H224253853

4817329136343



*(Signature)*

विभागीय सचिव / Divisional Secretary

Principal

Sri Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

*(Signature)*

TRUE COPY



परिशिष्ट-ब  
Form प-१

अवकाश

विद्यार्थिनेपी प्रमाणित पत्र

अवकाश पत्र

तलाठी अहवाल

श्री. अनामोल अशोक वर विद्यार्थीने कागदपत्रे पुढावे

५ अर्ज

क्र. १००२२०५००४

दिनांक : २५/०७/२०२३

वकास :

१) शासन परिचरक, सामाजिक न्याय व विशेष सहाय्य विभाग, क्र. सीदीत्ती-२०१२/प्र.क्र.१८२/विजाभज-१, दिनांक २५/०७/२०२३

२) श्री. चंद्रकांत तुळाराम पवार रा मानव सेवा संघ चाळ, पाटिल नगर, बंदर पाखाडी रोड,, कांदिवली (प), कांदिवली, बोरीवली, मुंबई उपनगर यांचा दिनांक १०/०७/२०२३ १५:४२:५२ चा अर्ज व प्रतिज्ञापत्र / स्वयंघोषणापत्र

३) तलाठी चांभ्याकडील चांभ्या अहवाल व दाखला जा.क्र १२३२ दिनांक २२/०६/२०२३

नॉन क्रिमिलेअर प्रमाणपत्रासाठी उत्पन्नाचा दाखला.

कुमारी शिवांजा चंद्रकांत पवार वय १९ रा. मानव सेवा संघ चाळ, पाटिल नगर, बंदर पाखाडी रोड,, कांदिवली (प), कांदिवली, बोरीवली, मुंबई उपनगर यांचे वडील श्री. चंद्रकांत तुळाराम पवार वय ४९ आणि आई श्रीमती ईनांगी चंद्रकांत पवार वय ४५ रा. मानव सेवा संघ चाळ, पाटिल नगर, बंदर पाखाडी रोड,, कांदिवली (प), कांदिवली, बोरीवली, मुंबई उपनगर यांचे शेजोपासून, देवनापासून आणि शेती व घेतल जायतिरिक्त अन्य जोतापासूनचे उत्पन्न उल्लेखितनाचे जाई :-

क्र. क्र.	उत्पन्नाचे साधन	वार्षिक उत्पन्न (रुपये)		
		सन २०२० - २०२१	सन २०२१ - २०२२	सन २०२२ - २०२३
१.	शेती			
२.	नॉनपेलेबल वेंतन / सेल निवृत्ती वेंतन / नानवन / अनुदान इत्यादी			
३.	बरोल अनुकरांक १ व २ जातिरिक्त इतर मार्गाने प्राप्त उत्पन्न	७०,०००	८०,०००	९०,०००

बंदर उत्पन्नाचा दाखला / अहवाल नॉन क्रिमिलेअर प्रमाणपत्राच्या प्रयोजनासाठी देण्यात येत आहे.

Signature valid  
Digitally Signed by  
Rupesh Klyan Palve  
Date: 2022-07-25 5:11:05 PM

ठिकाण : बोरीवली  
दिनांक : २५/०७/२०२३

(With the seal of Office)

तहसीलदार

Shukla  
Principal

521 Homocopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

Pawar

TRUE COPY

# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Earn While Learn Yojna

### Application Form

To,

The Director,  
Student Welfare  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Nashik, Maharashtra.

First Name:- PRIYANKA

Last Name:- PAWAR

Upload Photograph:- [registration/Pawar  
Privanka 1723694037292.jpg](#)

PRN Number:- TEMP-295329

Edit Student Details:-

Date of Birth:- 16-04-2004

Mobile No.:- 8850445793

Email Id:- priyankapawar10425@gmail.com

Permanent Address:- Manav Sena Sangh Chawl,  
Patil Nagar, Bunder Pakhadi Road, Kandivali (W),  
Mumbai-400067.

State:- MAHARASHTRA

District:- Mumbai-City

Pincode:- 400067

Contact No.:- 8850445793

Mobile No:-

Relationship:- Father

Mother Name:- HEMANGI

Address:- Manav Sena Sangh Chawl, Patil Nagar,  
Bunder Pakhadi Road, Kandivali (W), Mumbai-  
400067.

Pincode:- 400067

State:- MAHARASHTRA

District:-

Occupation:-

Mobile No.:- 9967498929

Email Id:-

Father / Guardian Name:- CHANDRAKANT

Address:- Manav Sena Sangh Chawl, Patil Nagar,  
Bunder Pakhadi Road, Kandivali (W), Mumbai-  
400067.

Pincode:- 400067

State:- MAHARASHTRA

District:-

Occupation:-

Mobile No.:- 8591259597

Email Id:-

Annual Income in Rs:- 90000.00

Attach Copy of Income Certificate by  
Tehsildar:- [student/PAWAR](#) INCOME  
CERTIFICATE 1723638586276.pdf

Studied in Previous Class:-

Grade in Previous Class:-

Attested Photocopy of Previous Year Marks sheet:-

registration/ISC mark sheet

1723694191416.pdf

College Name:- Sai Homoeopathic Medical College & Nityanand Hospital

College Address:- A/P. Dugad phata, Tal- State:- MAHARASHTRA  
Bhiwandi

District:- Thane

Pincode:- 421302

Mobile:- 02522 - 288877

Email Id:- sailme@rediffmail.com

Principal Name:- Dr. Sanjay P. Shukla

Faculty:- Homoeopathy

Stream:- Homoeopathy

Course Type:- Certificate Course

Course Duration:- 5 years 6 month

Course:-

Academic Year:- 2025 - 2026

Present Year:- 1st Year

Possible date of Course Completion:- 09-10-2027

Date of Admission to course:- 09-10-2023

Student Name as per Bank Records:- Priyanka Chandrakant Pawar

Bank Name:- Bank Of Baroda

IFSC Code:- BARB0DBCKOP

Bank Address:- Manav Seva Sangh, Kandivali West Bunder, Pakhadi Kandivali (W), Near Gaourav Garden, Mumbai, Maharashtra -400067

Bank Account Number:- 99650100020969

Aadhaar Card No.:- 569242439017

Upload Aadhaar Card Copy:- registration/Aadhar 172369425739.pdf

Work you have choosen to do :-

a):- Library Work

b):- Other Clinical Work

c):- as

Duration of Study Hours:- 8 Hrs

I will abide by the Yojana's rules and regulation budget financial business. Also, I assure that I will not affect my studies. Above mentioned information is true to my knowledge.

Sign of Chairman Secretary

### Checklist

Sr. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attached photocopy of previous year's mark sheet attested by student.	Yes		
2	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
3	Attested Copy of Adhaar Card	Yes		

### CERTIFICATE

I hereby certify that papers are attached as per the check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached).

Signature of  
Scrutiny  
Officer of MUIIS

Chairman/Secretary

Place:  
Date:

Sign of Chairman/Secretary



3717



भारत सरकार  
Government of India

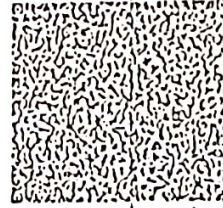
भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण  
Unique Identification Authority of India

नामांकन क्रमांक / Enrollment No.: 0648/51149/00305

To:  
प्रियांका चंद्रकांत पवार  
Priyanka Chandrakant Pawar  
MANAV SEVA SANGH,  
NEAR GAOURAV GARDEN, BUNDAR PAKHADI,  
VTC: Kandivali West,  
PO: Kandivali West,  
District: Mumbai,  
State: Maharashtra,  
PIN Code: 400067,  
Mpbile: 9967498929

71776552

MF717765625FI



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No.:

5692 4243 9017

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार  
Government of India



Issue Date : 20/11/2011



प्रियांका चंद्रकांत पवार  
Priyanka Chandrakant Pawar  
जन्म तिथि / DOB : 16/04/2004  
महिला / Female

5692 4243 9017

मेरा आधार, मेरी पहचान

TRUE COPY

*Bhukla*  
Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

*Pawar*

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
"विद्यया य विद्या" संज्ञकेनेर्ग प्रवेश निकालण्यासाठी  
विद्यार्थ्यांचे भरणासाठी प्रयुक्त धर्त



1. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : अमितेश दादासहित देडवते
2. शिक्षण असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : आर्य होमिओपॅथिक मेडिकल कॉलेज
3. विद्यार्थ्यांचा पत्ता : A-103, Evergreen CHS, Plot No. 114, Sector 12, Viharbhore, New Mumbai - 410210
4. मोबाईल नंबर / दुरध्वनी क्र. (511) नोंदव्या : 9850218411
5. ईमेल आयडी : Amillect 03 Feb 2000@gmail.com
6. जन्म तारीखा : 03/02/2000 वय : 24 वर्ष
7. सध्या शिक्षण असलेल्या वर्ग आणि संस्था : 4th year BAMS
8. मार्गीत्वार्थी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले एकूण गुण व टक्केवारी (%) : 57.33%  
(समजावार्थ्या गुणसंक्रांती स्वजांक्रांतीत प्रत नोंदवत नोंदवार्थी)
9. यशस्वी/माध्यमांचे संपूर्ण नाव वी / संस्था : दादासहित अमितेश देडवते
10. नोकरी / व्यवसाय : Housekeeping
11. एकत्रित वार्षिक उत्पन्न : रु. 1,10,000 (तदमिळवार्थीने दिलेल्या उत्पन्नाचा वापर स्वजांक्रांतीत करून घ्यावा.)
12. नोंदवते वनाम निवडले आहे : 1) नाशिक  
2) महाविद्यालयानील राजेंद्रुसार काभे  
3) \_\_\_\_\_
13. अध्ययन साधिका वाचवार्थी : \_\_\_\_\_
14. मागास वर्गीय असल्यास प्रकार : जेई प्रवर्ग : \_\_\_\_\_
15. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : 2693 7426 8727 (आधारकार्ड स्वजांक्रांतीत प्रत नोंदवत नोंदवार्थी अनिवार्थी)
16. यांजनांच्या अटी, शर्ती, दिशाय, धार्मिक व्यवहार वाचवार्थी सर्व नियमांचे मी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात यश पट्टे देणार वार्थी अर्था मी हवी देतां/दिते.  
वर नमूद केलेली सर्व माहिती खरी आहे.

विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

गद्यत्र विद्यार्थी गरीब व गद्यत्र प्रगत संज्ञकेनेर्ग दिलेली माहिती खरी आहे.

महाविद्यालयीन शिक्षण



अधिष्ठाता/प्राचार्यांची सही

Shukla  
Principal

Shaheed Jagtap Homoeopathic Medical College

तपासणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर करावयाची कागदपत्रे	होय/नाही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला सहपत्र "अ" (नमुना अर्ज ) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	१
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकाची स्वसाक्षात्कीत प्रत जोडली आहे काय ?	होय	२
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत प्रत (आर्थिक वर्ष २०२३ - २४) जोडली आहे काय ? (फक्त तहसिलदार कार्यालयाचा दाखला)	होय	३
४	विद्यार्थ्यांचा/विद्यार्थिनींचा ऑनलाईन अर्जाची प्रत तसेच विद्यार्थ्यांनि/विद्यार्थिनींनि स्वतः भरलेला अर्जाची हार्डकॉपी	होय	४-६
५	आधार कार्ड ची स्वसाक्षात्कीत प्रत	होय	७

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करतांना तपासणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून  
अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Sunanda D. Chaudhari  
College Clerk  
Mob. No. ९८५६९३ १४३२

Dean/Principal

(Name, Signature & Stamp)

Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nriyannu Hospital



MAHARAJGIRI UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES NASHIK  
 STATEMENT OF MARKS FOR THIRD SEMESTER (2015) - Winter-2023

Name of the Student - DANDAWAT ASHLEI DADASAHEB

College - Sai Homoeopathic Medical College and Sanyamal Hospital, Hiyandi, Thane

Seat No:-48229 PIRN No:- DMB0120211711

DEVISION		THEORY	PRACTICAL	TOTAL
			60%	
PHYSIOLOGY	MAX	20	20	40
	MIN	10	10	20
NURSING		20	20	40
PHARMACOLOGY		20	20	40
	MAX	10	10	20
	MIN	5	5	10
DIAGNOSTIC MATERIALS		10	10	20
ORGANON OF MEDICINE		10	10	20
GRAND TOTAL			60%	120
RESULT			PASS	

NOTE: For Verification of marks send an application with prescribed fees through the college before 05.04.2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23 And for Photostate(Xerox) copies of Answer books (if any), send an Application with requisite fee through the college before 05.04.2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23.

*Prilesh*

TRUE COPY

*Shukla*  
 Principal

Sai Homoeopathic Medical College  
 and Hospital, Hiyandi, Thane



421



12512104226002431706

## उत्पन्नाचा दाखला

क्रमांक : ४१७३६१३४७५०  
जिल्हा : रायगड

### १ वर्षासाठी उत्पन्नाचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. दादासाहेब आनंदा दंडवते राहणार - गाव खारघर, तहसील पनवेल, जिल्हा रायगड येथील अर्जदार आहेत. त्यांचे तलाठी अहवाल या आघारावर अर्जदार व त्यांच्या कुटुंबातील सर्व सदस्यांचे सर्व मार्गाने व साधनाने मिळालेले १ वर्षाचे उत्पन्न खालील प्रमाणे आहे.

वर्ष	वार्षिक उत्पन्न (₹)	अक्षरी (रुपये)
२०२० - २०२१	१,१०,०००	एक लाख दहा हजार

सदरचा दाखला श्री. दादासाहेब आनंदा दंडवते यांना शिक्षणासाठी या कामारासाठीच देण्यात येत आहे, तसेच त्यांनी कार्यालयास सादर केलेल्या कागदपत्रांच्या आधारे देण्यात येत आहे.

हे प्रमाणपत्र ३१ मार्च २०२२ पर्यंतच वैध राहील.

सादर केलेल्या दस्तऐवज / पुराव्याचे तपशील

१. स्वघोषण पत्र
२. तलाठी अहवाल
३. आघार कार्ड
४. शिधापत्रिकेची प्रमाणित प्रत

स्थळ : पनवेल  
दिनांक : २२/०४/२०२१

Signature valid

Digitally Signed by

Eknath Vinayak

Date: 2021-04-23 10:51:20 AM

पनवेल

Printed By - OMTID : VLE Name : Imlihas Bagalkote , Date: 22/04/2021 8:03PM

माहिती तंत्रज्ञान (गातं) अधिनियम, २००० नुसार डिजिटल स्वाक्षरी अराणारा हा दस्तऐवज कायदेशीररित्या वैध आहे.

पडताळणीसाठी - <https://www.mahaonline.gov.in/Verify> येथे गेट वा क्रिया वीएसएनएल, एमटीएनएल, टाटा मोबाईल क्र. वरून १६६/अन्य क्र. वरून ५११९९९ च क्रमांकावर

"MH<spaco>CSC<spaco>VRFY<spaco><२० अंकी बारकोड क्रमांक>" अशा एमएसएस पाठवा.

*Amilew-*

TRUE COPY

*Bhukla*  
Principal  
Homoeopathic Medical College  
Hospital

# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Earn While Learn Yojna

### Application Form

To, The Director, Student Welfare Maharashtra University of Health Sciences, Nashik, Maharashtra.	
First Name:- ANIKET	Last Name:- DANDAVATE
Upload <a href="#">registration/Aniket_1723694951205.jpeg</a>	Photograph:- PRN Number:- DAB0120211711
Edit Student Details:-	
Date of Birth:- 03-02-2000	
Mobile No.:- 9137010421	Email Id:- aniketdandavate143@gmail.com
Permanent Address:- A-103, Evergreen CHS, Plot No. A14, Sector 12, Kharghar, Navi Mumbai, - 410210	State:- MAHARASHTRA District:- Mumbai-City
Pincod:- 410210	Contact No.:- 8850218611
Mobile No:-	
Relationship:- Father	
Mother Name:- SUREKHA	Address:- A-103, Evergreen CHS, Plot No. A14, Sector 12, Kharghar, Navi Mumbai, - 410210
State:- MAHARASHTRA	Pincod:- 410210
District:- Mumbai-City	Mobile No.:- 8850218611
Occupation:- Housewife	Email Id:-
Father / Guardian Name:- DADASAHEB	Address:- A-103, Evergreen CHS, Plot No. A14, Sector 12, Kharghar, Navi Mumbai, - 410210
State:- MAHARASHTRA	Pincod:- 410210
District:- Mumbai-City	Mobile No.:- 8850218611
Occupation:- Housekeeping	Email Id:-
Annual Income in Rs:- 110000.00	Attach Copy of Income Certificate by Tehsildar:- <a href="#">student/Aniket</a> Income <a href="#">1723638669119.pdf</a>
Studied in Previous Class:- 3rd Year	Grade in Previous Class:-

Attested Photocopy of Previous Year Marks sheet:- registration/Aniket\_1723695395862.png

College Name:- Sai Homoeopathic Medical College & Nityanand Hospital

College Address:- A/P. Dugad phata, Tal- State:- MAHARASHTRA  
Bhiswandi

District:- Thane

Mobile:- 02522 - 288877

Principal Name:- Dr. Sanjay P. Shukla

Stream:- Homoeopathy

Course Duration:- 5 years 6 month

Pincode:- 421302

Email Id:- saihmc@rediffmail.com

Faculty:- Homoeopathy

Course Type:- Certificate Course

Course:-

Present Year:- 3rd Year

Academic Year:- 2024 - 2025

Possible date of Course Completion:- 20-03-2025 Date of Admision to course:- 20-03-2021

Student Name as per Bank Records:- Aniket Dadasaheb Dandavate Bank Name:- Bank of India

Bank Address:-

IFSC Code:-

Bank Account Number:- 012410110012644

Aadhaar Card No.:- 869374266787

Upload Aadhaar Card Copy:-  
registration/Aniket Adhar\_1723695523142.pdf

Work you have choosen to do :-

b):- Other Clinical Work

a):- Library Work

c):- s

Duration of Study Hours:- 8 Hrs.

I will abide by the Yojana's rules and regulation budget financial business. Also, I assure that I will not affect my studies. Above mentioned information is true to my knowledge.

### Checklist

Sr. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attached photocopy of previous year's mark sheet attested by student.	Yes		
2	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
3	Attested Copy of Adhaar Card	Yes		

### CERTIFICATE

I hereby certify that papers are attached as per the check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached).

Place:  
Date:

Signature of  
Scrutiny  
Officer of MUHS

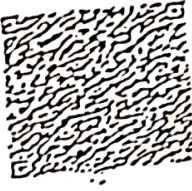
Chairman/Secretary

Sign of Chairman/Secretary



गोवा प्रशासनाचे  
GOVERNMENT OF GOA

विशेष शासनाचे  
SPECIAL DEPARTMENT  
आरोग्य विभाग  
HEALTH DEPARTMENT



8693 7426 6787

आचार्य - सामान्य माणसाचा अधिकारी

*Anvikab*

TRUE COPY

*Bhukla*  
Principal

Sar Homeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital



भारतीय होम्योपॅथी प्राधिकरण  
COUNCIL OF HOMEOPATHS AUTHORITY OF INDIA

आरोग्य विभाग, ई-105  
खेरगड, सेक्टर 13, खेरगड, रायगड,  
महाराष्ट्र, 410210

Address: S/O. Dadasheeb  
Dadasheeb, E-105 Dhanashree,  
Sector 13, Kherghar, Raigarh,  
Maharashtra, 410210



प.स.स.स.स.स.  
P.S.S.S.S.S.S.

महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक  
"वचना व चिकित्सा" योजनेसाठी प्रवेश मिळविण्यासाठी  
विद्यार्थ्यांचे भरणावणाऱ्या नमुना अर्ज



1. विद्यार्थ्यांचे संपूर्ण नाव : विलास जयवंत - लवण

2. शिकत असलेल्या महाविद्यालयाचे नाव : डॉ. हेमित्री पेंडिक ग्रीडव्हा कॅलेज

3. विद्यार्थ्यांचा कायम निवासी पत्ता : शिंदेरा तांडा, पोस्ट - शेवरी  
औरंगाबाद - 431001

4. मोबाईल नंबर / कुरियरची नं. (SID) क्रमांक : 895-8 323071

5. ईमेल आयडी : Vilas J. Chavan @ gmail.com

6. जन्म तारीखा : 12/02/2000 वय : 24 वर्ष

7. गव्या शिकत असलेला वर्ष आणि कोर्स : 4th year (B.H.M.S)

8. मागील वर्षी झालेल्या परीक्षेत मिळालेले पूर्ण गुण व टक्केवारी (%) : 708 (59%)  
(गतवर्षीच्या सुधारितलेली स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडली.)

9. भौतिकी/पाठकाचे संपूर्ण नाव वी / थीमती : जयलाल वप्सी नं. 0810

10. नोंदी / व्ययपत्र : श्रीती

11. पूर्वमत वार्षिक उत्पन्न : 50,000 (तहसिलदारांनी दिलेल्या उत्पन्नाचा दाखला स्वसाक्षात्कृत करून जोडला.)

12. कोणते काम मिळवले आहे : 1) व्याय्येरी  
2) महाविद्यालयातील शरजेगुंसार कामे  
3) \_\_\_\_\_

13. अध्ययन तागित काळारधी : 2-01-21

14. मागास वर्गीय असल्यास प्रकार : 166 प्रवर्ग : \_\_\_\_\_

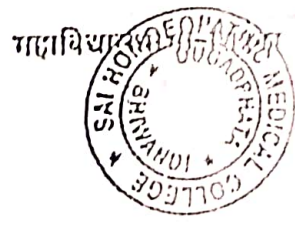
15. विद्यार्थ्यांचा आधारकार्ड नंबर : 61847104 6707 (आधारकार्ड स्वसाक्षात्कृत प्रत सोबत जोडणे अनिवार्य)

16. योजनेच्या अर्दी, धर्ती, द्विपोव, आर्थिक व्यवहार याबाबत सर्व नियमांचे गी पालन करीन व माझ्या शैक्षणिक अध्ययनात यंउ पद देणार नाही अशी मी इधी देतो/देते.  
घर नमुद वेळेची सर्व माहिती जारी आहे.

विभाग प्रमुखाचे नाव व स्वाक्षरी

विलास लवण  
Chavan  
विद्यार्थ्यांचे नाव व स्वाक्षरी

सर्व विषयी मदीच व गरजु असुन योजनेसाठी दिलेली माहिती जारी आहे.



अधिष्ठाता/प्राचार्यांची राही  
Shukla  
Principal  
Sai Homocopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

4724

(पृष्ठ "ब")

तपाराणी सूची (Check List)

अ.क्र.	सादर तपाराणीची नामधर्मे	होय/नाही	पृष्ठ क्र.
१	विद्यापीठाने उपलब्ध करून दिलेला राष्ट्रपत्र "अ" (नमुना अर्ज ) परिपूर्ण भरला आहे काय ?	होय	1
२	गतवर्षात उत्तीर्ण झाल्याचे गुणपत्रकांची स्वसाक्षात्कीत प्रत जोडली आहे काय ?	होय	2
३	गतवर्षाचा उत्पन्नाच्या दाखल्याची स्वसाक्षात्कीत प्रत (आर्थिक वर्ष २०२३ - २४) जोडली आहे काय ? (फगत तहसिलदार कार्यालयाना दाखला)	होय	3
४	विद्यार्थ्यांना/विद्यार्थिनींना ऑनलाईन अर्जांची प्रत तसेच विद्यार्थ्यांना/विद्यार्थिनींना स्वतः भरलेला अर्जाची हार्डकॉपी	होय	4-6
५	आधार कार्ड ची स्वसाक्षात्कीत प्रत	होय	7

टिप :- महाविद्यालयाने प्रस्तावांची पूर्तता करतांना तपाराणी सूची प्रमाणे दस्तावेज तपासून अनुक्रमाप्रमाणे पृष्ठांकीत करून सादर करावेत.

Bunanda D. Chaudhari  
College Clerk  
Mob. No. 8856931432

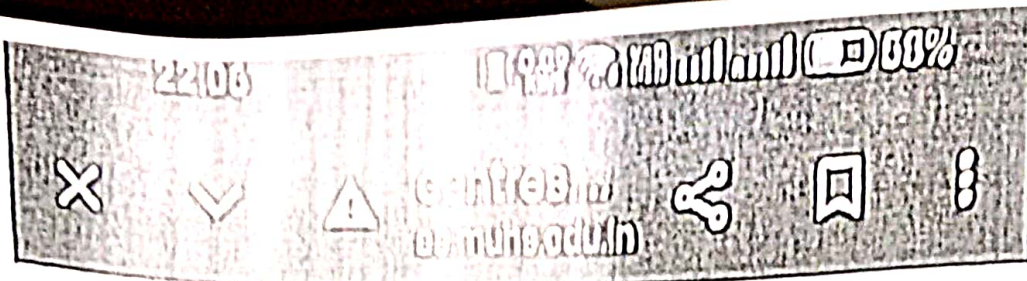
Dean/Principal

(Name, Signature & Stamp)

Principal

Sri Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital





MAHARASHTRA UNIVERSITY OF  
HEALTH SCIENCES, NASIK

STATEMENT OF MARKS FOR THIRD  
BIIMS (2015) - Winter-2023

Name of the Student:- CHAVAN VILAS  
JAGANNATH

College:- Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital, Bhivandi, Thane

Seat No:-48226 PRN No:- DAB0120211

Sl. No.	THEORY	PRACTICAL	TOTAL
SUBJECTS			
MAX	100	100	200
MIN	100	100	200
ANATOMY	117	117	234
PHYSIOLOGY & GENERAL BIOLOGY	118	111	229
	MAX	100	200
	MIN	50	150
HOMOEOPATHIC MATERIA MEDICA	95	57	152
ORGANON OF MEDICINE	95	51	146
GRAND TOTAL		708/1120	107
RESULT		PASS	

NOTE: 1) The above result is subject to change in case of any error in the processing of the results in accordance with the provisions under section-67 of Ordinance 1/2014.

2) For Verification of marks send an application with prescribed fees through the college before .05/04/2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23 And for Photostate(Xerox) copies of Answer books (If any), send an Application with requisite fee through the college before 05/04/2024 As per Circ. 70/2023,20/11/23.

TRUE COPY

Sai Homoeopathic Medical College  
and Nityanand Hospital

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TRUE COPY

*Handwritten signature*

Principal  
Sri Homoeopathic Medical College  
and Sivanand Hospital

# Maharashtra University of Health Sciences, Nashik

## Earn While Learn Yojna

### Application Form

To,  
The Director,  
Student Welfare  
Maharashtra University of Health Sciences,  
Nashik, Maharashtra.

First Name:- VILAS

Last Name:- CHAVAN

Upload

Photograph:- PRN Number:- DAB0120211709

[registration/Vilas\\_1723693874483.jpeg](#)

Edit Student Details:-

Date of Birth:- 12-02-2000

Mobile No.:- 7083269402

Email Id:- vilasjchavan@gmail.com

Permanent Address:- Girnera Tanda, Post-  
Georai, Aurangabad - 431001

State:- MAHARASHTRA

District:- Aurangabad /  
Sambhajinagar

Chhatrapati

Pincode:- 431001

Contact No.:- 8956333071

Mobile No:-

Relationship:- Father

Mother Name:- KALABAI

Address:- Girnera Tanda, Post-  
Aurangabad - 431001

State:- MAHARASHTRA

Pincode:- 431001

District:- Aurangabad /  
Sambhajinagar

Chhatrapati

Occupation:- Housewife

Mobile No.:- 8956333071

Email Id:-

Father / Guardian Name:- JAGANNATH

Address:- Girnera Tanda, Post-  
Aurangabad - 431001

State:- MAHARASHTRA

Pincode:- 431001

District:- Aurangabad /  
Sambhajinagar

Chhatrapati

Occupation:- Farmer

Mobile No.:- 8956333071

Email Id:-

Annual Income in Rs:- 45000.00

Attach Copy of Income Certificate by  
Tehsildar:- [student/Chavan Vilas Income  
1723638771614.pdf](#)

Classified in Previous Class:- 2nd Year  
 Grade in Previous Class: 1  
 Requested Photocopy of Previous Year Marks sheet:-  
 student/532579200603348cd921da73\_532579200603348cd921da.pdf

College Name:- Sai Homoeopathic Medical College & Nityamand Hospital  
 College Address:- A/P. Dugad phata, Tal- State:- MAHARASHTRA  
 Dhiwandi District:- Thane

Pincode:- 421302 Mobile:- 02522 - 288877  
 Email Id:- sailme@rediffmail.com Principal Name:- Dr. Sa...

Faculty:- Homoeopathy Stream:- Homoeopathy  
 Course Type:- Certificate Course Course Duration:- 5 years 6 month

Course:-  
 Present Year:- 3rd Year Academic Year:- 2025 - 2026  
 Possible date of Course Completion:- 11-01-2025 Date of Admission to course:- 11-01-2021

Student Name as per Bank Records:- Vilas Jagannath Chavan Bank Name:- Canara Bank  
 IFSC Code:- CNRB0003761 Bank Address:- Canara Bank, Opp To Gram Panchayat Bhavan, Gut No. 78, Patithan Road, Patithan, Taluka-Chitegaon, Maharashtra- 431105

Bank Account Number:- 3761101006093  
 Aadhaar Card No.:- 618471046707 Upload Aadhaar registration/DocScanner Card Copy:-  
 am\_1723693750537.pdf 15-Aug-2024 9-19

Work you have choosen to do :-  
 a):- Library Related Work  
 b):- Other College Related Work  
 c):- Other Clinical Work

Duration of Study Hours:- 8 Hrs.  
 I will abide by the Yojana's rules and regulation budget financial business! Also, I assure that I will not affect my studies. Above mentioned information is true to my knowledge.

Checklist

Sr. No.	Documents description	Write page numbers in the bracket of Page No.		
		Yes/No.	Page No.	For office use
1	Attached photocopy of a valid photo-identity card issued by student.	Yes		
2	Attached Income Certificate of previous year (Signed by Tehsildar)	Yes		
3	Attested Copy of Address Card	Yes		

**CERTIFICATE**

I hereby certify that papers are attached to my check list. (N.B. Please note that all documents are mandatory. The application will be rejected if one or more documents in the check list are not attached.)

Signature of  
Secretary  
Officer of MUTIS

Chairman/Secretary

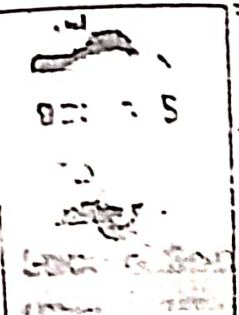
Place:  
Date:

Sign of Chairman/Secretary

53F

**भारत सरकार**

**भारतीय जनता पार्टी**



8000 0000 0000

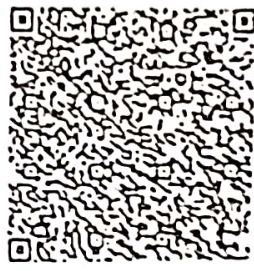
चव्हाण विलास जगन्नाथ

**Chavan Vilas Jaganath**

जन्म तिथि / DOB : 12/02/2000

पुरुष / MALE

Mobile No. 9420810373



6184 7104 6707

मेरा आधार, मेरी पहचान

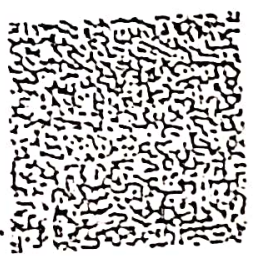
**भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण**

**UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA**



50 भारतीय जनता पार्टी  
निर्वाहक सचिव, जिल्हा  
पदाधिकारी, अहमदाबाद  
अहमदाबाद - 380001

**Address**  
S/O Jaganath Chavan, GIRNERA TANDA,  
POST-GEVARI Aurangabad,  
Aurangabad, Maharashtra - 431001



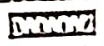
6184 7104 6707



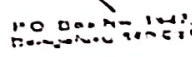
1047  
TANU 300 1047



help@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in



UIDAI  
Ministry of Home Affairs  
Government of India

TRUE COPY

*Chavan*

*Shukla*  
Principal

Sri Homoeopathic Medical C  
and Nityanand Hospital