

दिव्यांगता प्रमाणपत्र सम्बन्धी प्रारूप

Form-II

Certificate of Disability

(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability.

Certificate No.

Date:

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____ son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth _____ (DD/MM/YY) _____ Age _____ years, male/female _____ registration No. _____ permanent resident of House No. _____ Ward/Village/Street _____ Post Office _____ District _____ State _____ whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- dwarfism
- blindness

(Please tick as applicable)

(B) the diagnosis in his/her case is _____

(A) he/she has _____ % (in figure) _____ percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her _____ (part of body) as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified).

2. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate .

3. Signature and seal of the Medical Authority.

(Dr.) (Dr.) (Dr.)
 Member Member Chairperson
 Medical Board with seal Medical Board with seal Medical Board with seal

Countersigned by the
Chief Medical Officer
(with seal)

Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued

Form - III
Certificate of Disability
(In cases of multiple disabilities)
 (Name and Address of the Medical Authority/Board issuing the Certificate)

Recent passport size
attested photograph
(Showing face only)
of the person with
disability.

Certificate No.

Date:

This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum.
son/wife/daughter of Shri _____
Date of Birth (DD/MM/YY) _____ Age _____
years, male/female _____.

Registration No. _____ permanent resident of House No. _____
Ward/Village/Street _____ Post Office _____ District _____ State _____
, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of Multiple Disability. His/her extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified) for the disabilities ticked below, and is shown against the relevant disability in the table below:

S. No	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low vision	#		
8.	Blindness	#		
9.	Deaf	£		
10.	Hard of Hearing	£		
11.	Speech and Language disability			
12.	Intellectual Disability			
13.	Specific Learning Disability			
14.	Autism Spectrum Disorder			
15.	Mental illness			
16.	Chronic Neurological Conditions			

17.	Multiple sclerosis			
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thalassemia			
21.	Sickle Cell disease			

(B) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified), is as follows :-

In figures : ----- percent

In words : ----- percent

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

3. Reassessment of disability is :

(i) not necessary,

or

(ii) is recommended/after years months, and therefore this certificate shall be valid till -----

(DD) (MM) (YY)

@ e.g. Left/right/both arms/legs

e.g. Single eye

£ e.g. Left/Right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

5. Signature and seal of the Medical Authority.

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of the Chairperson

Countersigned by the
Chief Medical Officer
(with seal)

Signature/thumb
impression of the person
in whose favour
certificate of disability is
issued

Form -IV
Certificate of Disability
(In cases other than those mentioned in Forms II and III)
(Name and Address of the Medical Authority/Board issuing the Certificate)

Recent passport size
attested photograph
(Showing face only) of
the person with
disability.

Certificate No. _____ Date: _____
This is to certify that I have carefully examined _____ son/wife/daughter of Shri _____
Shri/Smt/Kum _____ Date of Birth (DD/MM/YY) _____
____ Age _____ years, male/female _____ Registration No. _____
permanent resident of House No. _____ Ward/Village/Street _____
Post Office _____ District _____ State _____,
whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of
disability. His/her extent of percentage physical
impairment/disability has been evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the
guidelines to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

S. No	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy cured			
4.	Cerebral Palsy			
5.	Acid attack Victim			
6.	Low vision	#		
7.	Deaf	€		
8.	Hard of Hearing	€		
9.	Speech and Language disability			
10.	Intellectual Disability			
11.	Specific Learning Disability			
12.	Autism Spectrum Disorder			
13.	Mental illness			
14.	Chronic Neurological Conditions			
15.	Multiple sclerosis			
16.	Parkinson's disease			
17.	Haemophilia			
18.	Thalassemia			
19.	Sickle Cell disease			

(Please strike out the disabilities which are not applicable)

2. The above condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

3. Reassessment of disability is:

(i) not necessary, or

(ii) is recommended/after _____ years _____ months, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY) _____

@ - eg. Left/Right/both arms/legs

- eg. Single eye/both eyes

€ - eg. Left/Right/both ears

4. Signature and seal of the Medical Authority.

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of the Chairperson

Countersigned by the
Chief Medical Officer
(with seal)

Signature/thumb
impression of the person
in whose favour
certificate of disability is
issued

उ0प्र0 के स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रितों के लिए प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी	नगर	निवासी	ग्राम
तहसील		जिला	उत्तर प्रदेश
लोक सेवा (शारीरिक रूप से विकलांग, स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रित और भूपूर्व सेनिक के लिए अरक्षण) अधिनियम 1993 के अनुसार स्वतंत्रता संग्राम सेनानी है और श्री/ श्रीमती/ कुमारी (आश्रित) पुत्र/ पुत्री/ पोता/ पोती विवाहित/ अविवाहित उपरान्कित अधिनियम 1993 के ही प्रावधानों के अनुसार उक्त श्री/ श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी)			
		के आश्रित हैं।	
हस्ताक्षर		पूरा नाम	
स्थान		मुहर	
दिनांक		जिलाधिकारी	
		सील	

कुशल खिलाड़ियों के लिये प्रमाण-पत्र जो उ0प्र0 के मूल निवासी हैं

शासनादेश संख्या—22/21/1983—कार्मिक—2 दिनांक 28 नवम्बर, 1985

प्रमाण-पत्र के कार्म—1 से 4

प्रारूप — 1

(मान्यता प्राप्त क्रीड़ा/खेल में अपने देश की ओर से अन्तर्राष्ट्रीय प्रतियोगिता में भाग लेने वाले खिलाड़ी के लिये)

सम्बन्धित खेल की राष्ट्रीय फेडरेशन/राष्ट्रीय ऐसोसिएशन का नाम	राज्य सरकार की सेवाओं/पदों पर
नियुक्ति के लिए कुशल खिलाड़ियों के लिए प्रमाण-पत्र	

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी	आत्मज/ पत्नी/ आत्मजा श्री	निवासी		
पूरा पता	ने दिनांक	से दिनांक	तक	(स्थान का नाम) में
आयोजित		(क्रीड़ा/ खेल—कूद का नाम)	की प्रतियोगिता/ टूर्नामेंट में देश की ओर से भाग लिया।	

उनके टीम के द्वारा उक्त प्रतियोगिता/ टूर्नामेंट में स्थान प्राप्त किया गया।

यह प्रमाण-पत्र राष्ट्रीय फेडरेशन/राष्ट्रीय ऐसोसिएशन/(यहाँ संस्था का नाम दिया जायें) में उपलब्ध रिकार्ड के आधार पर दिया गया है।

स्थान	हस्ताक्षर
दिनांक	नाम
	पद

स्थान का नाम

मुहर

नोट: यह प्रमाण-पत्र नेशनल फेडरेशन/ नेशनल ऐसोसिएशन के सचिव द्वारा व्यक्तिगत रूप से किये गये हस्ताक्षर होने पर ही मान्य होगा।

आर्थिक रूप से कमज़ोर वर्ग के सदस्य द्वारा प्रस्तुत किया जाने वाला आय एवं परिसम्पत्ति प्रमाण-पत्र

(प्रपत्र- I)

झजर प्रदेश सरकार

कार्यालय का नाम.....

आर्थिक रूप से कमज़ोर वर्ग के सदस्य द्वारा प्रस्तुत किया जाने वाला आय एवं परिसम्पत्ति प्रमाण-पत्र
प्रमाण-पत्र संख्या-..... दिनांक-.....

वित्तीय वर्ष के लिए मान्य

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी

पुत्र/पति/पुत्री ग्राम/कस्बा.....

पोस्ट ऑफिस थाना

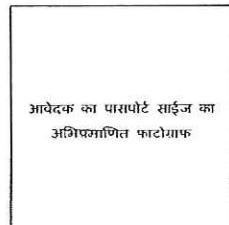
तहसील जिला राज्य

पिन कोड..... के स्थायी निवासी हैं, जिनका फोटोग्राफ नीचे अभिप्राणित है, आर्थिक रूप से कमज़ोर वर्ग के सदस्य हैं, क्योंकि वित्तीय वर्ष में इनके परिवार की कुल वार्षिक आय 8 लाख (आठ लाख रुपये मात्र) से कम है। इनके परिवार के स्वामित्व में निम्नलिखित में से कोई भी परिसम्पत्ति नहीं है:-

- I. 5 (पाँच) एकड़ कृषि योग्य भूमि अथवा इससे ऊपर।
- II. एक हजार वर्ग फीट अथवा इससे अधिक क्षेत्रफल का फ्लैट।
- III. अधिसूचित नगरपालिका के अंतर्गत 100 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।
- IV. अधिसूचित नगरपालिका से इतर 200 वर्ग गज अथवा इससे अधिक का आवासीय भूखण्ड।

2. श्री/श्रीमती/कुमारी जाति के

सदस्य हैं, जो अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति तथा अन्य विछुड़े वर्ग के रूप में अधिसूचित नहीं हैं।



आयेदक का पारापोर्ट साईंज का
अभिप्राणित फाटोग्राफ

हस्ताक्षर (कार्यालय का मुहर सहित)

पूरा नाम

पदनाम

जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी
मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार।