

અશક્ત વ્યક્તિ અધિનિયમ, ૧૯૮૫ હેઠળ રજ્યમાં
શારીરિક ક્ષતિ ધરાવતા વ્યક્તિઓને અશક્તતા
પ્રમાણપત્ર આપવા માટેની વ્યવસ્થા ગોઠવવા બાબત.

ગુજરાત સરકાર,
આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ,
દરાવ ક્રમાંક: હસપ-૧૦૨૦૦૨-જીઓઆઇ-૩૫-૪,
સચિવાલય, ગાંધીનગર.
તારીખ: ૨૯/૧૦/૨૦૧૦.

વંચાણમાં લીધા:-

- (૧) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા.૬-૧૨-૧૯૮૮નો દરાવ ક્રમાંક: હસપ-૧૦૨૦૦૨-જીઓઆઇ-૩૫-૪
- (૨) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા.૧૧-૮-૨૦૦૩નો દરાવ ક્રમાંક: હસપ-૧૦૨૦૦૨-જીઓઆઇ-૩૫-૪
- (૩) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા.૫-૧-૨૦૦૮નો દરાવ ક્રમાંક: હસપ-૧૦૨૦૦૨-જીઓઆઇ-૩૫-૪
- (૪) ભારત સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા મંત્રાલયના તા.૩૦-૧૨-૨૦૦૮ના નોટીઝિકેશન ક્રમાંક: જી.એસ.આર.૨ (ઇ) અન્વયે
પ્રસિદ્ધ થયેલ 'પરસન્સ વીથ ડીસએબેલીટીઝ (ઇકવલ ઓપોર્ચ્યુનીટીઝ, પ્રોટેક્શન ઓફ રાઇટ્સ એન્ડ કુલ પાર્ટીસીપેશન) એમેન્ડમેન્ટ
રૂલ્સ, ૨૦૦૮
- (૫) ગુજરાત સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગના તા.૧-૫-૨૦૧૦ના જાહેરનામા ક્રમાંક: જીએચ/એસએચ/પ/૨૦૧૦/
એપીજી/૧૦૨૦૦૭/૧૦૩૪/૪-૧ અન્વયે પ્રસિદ્ધ કરેલ 'પરસન્સ વીથ ડીસએબેલીટીઝ (ઇકવલ ઓપોર્ચ્યુનીટીઝ, પ્રોટેક્શન ઓફ રાઇટ્સ
એન્ડ કુલ પાર્ટીસીપેશન) એમેન્ડમેન્ટ રૂલ્સ, ૨૦૧૦

પ્રસ્તાવના:-

ભારત સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા મંત્રાલય દ્વારા અમલી બનાવાયેલ અશક્ત વ્યક્તિત (સમાન તક, અધિકાર સંરક્ષણ અને સંપૂર્ણ ભાગીદારી) એમેન્ડમેન્ટ રૂલ્સ, ૧૯૯૯ માં સુધારા કરી, અશક્ત વ્યક્તિ (સમાન તક, અધિકાર સંરક્ષણ અને સંપૂર્ણ ભાગીદારી) એમેન્ડમેન્ટ રૂલ્સ, ૨૦૦૮ અમલી બનાવાયેલ છે. જે અન્વયે રજ્ય સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગે ઉપર વંચાણે લીધેલ ક્રમ-૫ પરના જાહેરનામાથી રજ્ય સરકારના અશક્ત વ્યક્તિત (સમાન તક, અધિકાર સંરક્ષણ અને સંપૂર્ણ ભાગીદારી) એમેન્ડમેન્ટ રૂલ્સ, ૨૦૧૦ અમલી બનાવેલ છે.

રજ્યમાં અશક્ત વ્યક્તિઓને અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવાની વ્યવસ્થા આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના વંચાણે લીધેલ ક્રમ-૧ પરના તા.૬-૧૨-૧૯૮૮ ના દરાવથી કરાયેલ હતી, જેમાં વખતો વખત થયેલ સુધારાને અંતે હાલ વંચાણે લીધેલ ક્રમ-૩ પરના દરાવની સુચનાઓ અમલમાં છે.

વંચાણે લીધેલ ક્રમ-૪ પરના ભારત સરકારના નોટીઝિકેશન તથા ક્રમ-૫ પરના રજ્ય સરકારના સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગના નોટીઝિકેશનથી થયેલ જોગવાઈઓ મુજબ અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવાની હાલની વ્યવસ્થામાં વ્યાપક ફેરફાર કરવાના થાય છે. આથી ઉપર વંચાણે લીધેલ ક્રમાંક-૩ સામેનો આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૫-૧-૨૦૦૮ના દરાવના પારા-૧ અને ૩ થી નિયત કરેલ વિકલાંગતા પ્રમાણપત્ર આપવા અંગેની બોર્ડની કાર્યપદ્ધતિની જોગવાઈઓ રદ કરવામાં આવે છે, પરંતુ અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવા અંગેના આ દરાવના પેરા-૧ હેઠળના પત્રકના અનુક્રમ નં.૨ અને ૩ માં જણાવેલ અશક્તતાઓ અંગે રીવીઝન ઓથ્યોરીટીની કામગીરી વિભાગના તા. ૫-૧-૨૦૦૮ના દરાવના પેરા-૧ માં દર્શાવેલ જિલ્લા મેડીકલ બોર્ડ કરવાની રહેશે. તેમજ તા.૫-૧-૨૦૦૮ ના દરાવના પારા-૨ મુજબની કાર્યવાહી પણ ચાલુ રાખવાની રહેશે.

૬ રા વઃ -

૧. મેડીકલ ઓથોરીટી જાહેર કરવા બાબત..:

(૧) વિવિધ કક્ષાની અશક્તતા અનુસાર અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવા માટે નીચે મુજબ 'મેડીકલ ઓથોરીટી' જાહેર કરવામાં આવે છે.

ક્રમ	અશક્તતા નો પ્રકાર	કોલમ (૨)માંની અશક્તતા માટે પ્રમાણપત્ર આપવા માટે 'મેડીકલ ઓથોરીટી' નરીકે કામ કરનાર સંસ્થાઓ	કોલમ-૩માં દર્શાવેલ તબીબી સંસ્થામાં તબીબો પેકી અશક્તતા પ્રમાણપત્ર પર સહી કરવા સક્ષમ અધિકારી	કોલમ-૪ માં દર્શાવેલ અધિકારીના નિર્ણય સામે રીવીઝન અરજી માટે રીવીઝન સત્તાધિકારી
(૧)	(૨)	(૩)	(૪)	(૫)
૧	(૧) હલનયલન ની વિકલાંગતા	(૧) જિલ્લા હોસ્પિટલ, સરકારી હોસ્પિટલ, સિવિલ ડિસ્પેન્સરી, સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્ર, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર.	જનરલ હોસ્પિટલના સી.ડી.એમ.ઓ /સરકારી/તાલુકા હોસ્પિટલના અધીક્ષક/ આર.એમ.ઓ.; સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના અધીક્ષક/ પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રના મેડીકલ ઓફિસર	મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારી સહ સિવિલ સર્જન.
	(૨) અંધત્વ	(૧) જિલ્લા હોસ્પિટલ, સરકારી હોસ્પિટલ, સરકારી ડિસ્પેન્સરી, સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્ર, પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર.	જનરલ હોસ્પિટલના સી.ડી.એમ.ઓ સરકારી હોસ્પિટલ/તાલુકા હોસ્પિટલના અધીક્ષકશ્રી/આર.એમ.ઓ., સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના અધીક્ષક/ પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રના મેડીકલ ઓફિસર	મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારી સહ સિવિલ સર્જન.
૨	બડુવિધ અશક્તતા	જનરલ હોસ્પિટલ, સરકારી હોસ્પિટલ, સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો કે જ્યાં સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટર્સ અને અશક્તતાની એસેસમેન્ટ/ મેનેજમેન્ટ /ઇવેલ્યુશન અંગેની અધ્યતન સુવિધા અને ટેસ્ટીંગ ફેસીલીટી ઉપલબ્ધ હોય તેવી જનરલ હોસ્પિટલ / સરકારી હોસ્પિટલ, તાલુકા હોસ્પિટલ કે સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો.	જનરલ હોસ્પિટલના સીડીએમઓ/ સરકારી/તાલુકા હોસ્પિટલના અધીક્ષકની અધ્યક્ષતાવાળા બોર્ડમાં, સીનીયર સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટર અને જે તે વિકલાંગતા અંગેની સંબંધિત લાઇનના સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટરો કે જે પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટની લાયકાત ધરાવતા હોય.	જિલ્લા મેડીકલ બોર્ડ.
૩	ઉપર ક્રમ-૧ તથા રમાં સમાવેશ થતો ન હોય તેવી અશક્તતા	જનરલ હોસ્પિટલ, સરકારી હોસ્પિટલ, સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો કે જ્યાં સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટર્સ અને અશક્તતાની એસેસમેન્ટ/ મેનેજમેન્ટ / ઇવેલ્યુશન અંગેની અધ્યતન સુવિધા અને ટેસ્ટીંગ ફેસીલીટી ઉપલબ્ધ હોય તેવી સરકારી જનરલ હોસ્પિટલ / સરકારી હોસ્પિટલ, તાલુકા હોસ્પિટલ કે સામૂહિક આરોગ્ય કેન્દ્રો.	જનરલ /સિવિલ હોસ્પિટલના સીડીએમઓ /સરકારી/તાલુકા હોસ્પિટલના અધીક્ષક ની અધ્યક્ષતાવાળા બોર્ડમાં, સીનીયર સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટર અને જે અશક્તતા અંગેની સંબંધિત લાઇનના સ્પેશ્યાલીસ્ટ ડોક્ટરો કે જે પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટની લાયકાત ધરાવતા હોય.	જિલ્લા મેડીકલ બોર્ડ.

(૨) ઉપર કોલમ-૨માં જાહેર કરેલ મેડીકલ ઓથોરીટી ખાતે સ્પેશીયાલીસ્ટની કે સાધનો કે ટેસ્ટીંગ ફેસીલીટી ન હોય તો જે ઓથોરીટીએ નિવૃત્ત સ્પેશીયાલીસ્ટ ડોક્ટર કે ખાનગી સ્પેશીયાલીસ્ટ ડોક્ટર કે જે સ્થાનિક કે નજીક પ્રેક્ટીસ કરતા હોય અને જરૂરી લાયકાત ધરાવતા હોય તેમની સેવા આઉટસોર્સિંગથી લઇ શકાશે તેજ રીતે જે તે હોસ્પિટલ ખાતે ટેસ્ટીંગ ફેસીલીટી કે સાધનો.

ઉપલબ્ધ ન હોય તો જે તે હોસ્પિટલના વડા ખાનગી / દ્રસ્ટની હોસ્પિટલના ટેસ્ટીંગ ફેસીલિટી કે સાધનોનો ઉપયોગ આઉટસોર્સિંગથી આ અંગે કમિશનરી આરોગ્યના પરામર્શમાં રહી જે તે હોસ્પિટલના વડાએ આઉટસોર્સિંગથી સવલત ઉલ્લી કરવાની રહેશે.

(3) જ્યારે આ ખાનગી તજજની સેવાઓ લેવામાં આવી હોય ત્યારે, આવા ખાનગી તજજની સહીશી અપાવેલ પ્રમાણપત્ર પર જે પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર/સામુહિક આરોગ્ય કેન્દ્રના અધીક્ષક/સરકારી હોસ્પિટલના અધીક્ષક અને જનરલ હોસ્પિટલના મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીની પ્રતિ સહી કરેલ હશે, તો જ પ્રમાણપત્ર માન્ય ગણાશે.

૨. અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવા માટે મેડીકલ બોર્ડની રચનામાં સુધારો:

અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવા બાબતે મેડીકલ બોર્ડની રચનામાં ફેરફાર કરી, ઉક્ત પારા-૧માં જણાવ્યા મુજબ મેડીકલ ઓથોરીટી તરીકે જે તે સંસ્થાઓને જાહેર કરવામાં આવે છે તે જ રીતે અશક્તતા પ્રમાણપત્ર આપવા સંબંધે જે તે સંસ્થાના પારા-૧ માં જણાવ્યા પ્રમાણે જે તે અશક્તતાના પ્રકાર પ્રમાણે જે તે સંસ્થાના સામે દર્શાવ્યા મુજબના અધિકારીને સક્ષમ અધિકારી જાહેર કરવામાં આવે છે.

- (૧) એક જ બાબતની અશક્તતા માટે જે તે બાબતના એક જ તજજ ડોક્ટર સક્ષમ ગણાશે.
- (૨) બહુવિધ અશક્તતાના કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર આપવા માટે જરૂર મુજબ બહુસંખ્ય તજજોનું બોર્ડ સક્ષમ ગણાશે.

૩. અશક્તતા પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટેની અરજી અને અશક્તતા પ્રમાણપત્ર ઇસ્યુ કરવા અંગે:-

(૧) અશક્તતા પ્રમાણપત્ર મેળવવા સંબંધિત અરજદાર પોતાની અશક્તતાના પ્રકાર મુજબ નક્કી થયેલ, પોતે જ્યાં રહેતા હોય તે જિલ્લામાં નજીકની મેડીકલ ઓથોરીટી સમક્ષ અથવા તો પોતાની અશક્તતા અંગેની સારવાર જ્યાં ચાલતી હોય, તે સરકારી હોસ્પિટલમાં પત્રક-૧માં અરજી કરવાની રહેશે. અરજદારે અરજી સાથે નીચે મુજબના દાખલા/પુરાવા રજુ કરવાના રહેશે.

- (૧) રહેઠાણ અંગેનો દાખલો (પત્રક-૧ બિડાણ-૧ માં દર્શાવેલ (ક) થી (ટ) પેકી કોઈ પણ એક)
- (૨) તાજેતરના પાસપોર્ટ સાઇઝના ફોટોગ્રાફ-૨

પરંતુ અશક્ત વ્યક્તિ સગીર હોય અથવા મંદબુદ્ધ અથવા બીજી કોઈ એવી અશક્તતાથી પીડાતી હોય, જેને લીધે તે આવી અરજી કરવા સક્ષમ ન હોય અથવા જાતે કરી શકે નહિ તો, તેના કાન્ફૂની વાલી તેના વતી અરજી કરી શકશે.

(૨) અશક્તતા પ્રમાણપત્ર માટેની અરજી મળ્યેથી, અરજદાર અશક્ત વ્યક્તિ ધારો, ૧૬૮૫ની કલમ ૨ (૧) માં નક્કી થયા મુજબની અશક્તતા ધરાવતા હોવાની ખાતરી કર્યા બાદ, મેડીકલ ઓથોરીટી પત્રક-૨ અથવા પત્રક-૩ અથવા પત્રક-૪ પેકી જે નમૂનો લાગુ પડતો હોય, તે નમૂનામાં, અરજી મળ્યાની તારીખથી સામાન્ય સંજોગોમાં ૧ અઠવાડીયામાં પ્રમાણપત્ર ઇસ્યુ કરશે. પરંતુ કોઈ પણ સંજોગોમાં પ્રમાણપત્ર ઇસ્યુ કરવામાં ૧ માસથી વધારે સમય લઇ શકાશે નહિ.

(૩) ઉપર પેરા-૨ (૨) માં સુચાવ્યા મુજબનું પ્રમાણપત્ર મેડીકલ ઓથોરીટીને જો અશક્તતાના પ્રમાણમાં ભવિષ્યમાં ફેરફારની શક્યતા ન હોય, તો કાયમી પ્રમાણપત્ર આપી શકાશે. પરંતુ જો અશક્તતાના પ્રમાણમાં ભવિષ્યમાં ફેરફારની શક્યતા હોય, તો ઓક્કસ સમય મર્યાદા માટે પ્રમાણપત્ર ઇસ્યુ કરવાનું રહેશે અને તેમાં અશક્તતાનું પ્રમાણ પણ દર્શાવવાનું રહેશે.

(૪) જો મેડીકલ ઓથોરીટીને અરજદાર અશક્તતા પ્રમાણપત્ર માટે લાયક ન જણાય તો, અરજદારને તે અંગેના કારણોની જાણ કરવાની રહેશે અને પત્રક-૫ માં કારણો સહિત અરજદારને લેખીત જાણ પણ કરવાની રહેશે.

(૫) જિલ્લાના ચીફ મેડીકલ ઓફિસર સિવાયના અન્ય મેડીકલ ઓથોરીટીએ ઇસ્યુ કરેલ અશક્તતા પ્રમાણપત્રની નકલ જિલ્લાના ચીફ મેડીકલ ઓફિસરને પણ સાથોસાથ મોકલવાની રહેશે.

(૪) અશક્તતા પ્રમાણપત્ર કાઢી આપવા અથવા કાઢી આપવાના ઇન્કાર સંબંધિ નિર્ણયની સમીક્ષા:

જો કોઈ અરજદારને તેને કાઢી આપેલ પ્રમાણપત્રના પ્રકારથી કે તેને આવું પ્રમાણપત્ર કાઢી આપવાનો ઇન્કાર કરવામાં આવે તો તેવા ઇન્કાર વિરુદ્ધ અરજદાર રીવીઝન અધિકારી સમક્ષ આવા ઇન્કારની સમીક્ષા માટે રીવીઝન અરજી કરી શકશે. આવી અરજી સાથે જેની સામે અપીલ કરાયેલ હોય તે પ્રમાણપત્ર કે પત્રની નકલ જોડવી પડશે. સમીક્ષા માટેની અરજી મળ્યેથી રીવીઝન અધિકારીએ અપીલ કરનારને સુનાવણીની તક આપ્યા પછી તે અંગે પોતાને યોગ્ય લાગે તેવો ફુકમ કરશે. સમીક્ષા અંગેનો નિર્ણય અરજી મળ્યાની તારીખથી ૧૫ દિવસમાં કરવાનો રહેશે. આમ છતાં એક માસ કરતાં વધુ વિલંબ ન થાય તે રીતે નિકાલ કરવાનો રહેશે. જો કોઈ અશક્તતાવાળી વ્યક્તિ સગીર કે મંદબુદ્ધિની હોય કે બીજી કોઈ અશક્તતાથી પીડાતી હોય અને અરજી કરવા સક્ષમ ન હોય ત્યારે તેના કાયદેસરના વાતી અરજી કરી શકશે.

(૫) વિકેન્દ્રીત વ્યવસ્થા નો દુરુપયોગ અટકાવવા બાબત..:

(૧) દરેક મેડીકલ ઓથોરીટી ખાતે અશક્તતા પ્રમાણપત્ર પર સહી કરવાની સત્તા ધરાવતા અધિકારીના નામ અને નમૂનાની સહી સાથેનું રજિસ્ટર/ડિરેક્ટરી નિભાવવાની રહેશે. કોઈ પણ સંજોગોમાં આ રજિસ્ટર/ડિરેક્ટરીમાં દર્શાવેલ અધિકૃત અધિકારી સિવાયની વ્યક્તિઓ આવા પ્રમાણપત્ર પર સહી કરી શકશે નહીં. જિલ્લા કક્ષાએ મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીની કચેરીમાં જિલ્લાના તમામ મેડીકલ ઓથોરીટી ખાતેના અધિકૃત અધિકારીઓની સહીના નમૂના સાથેની ડિરેક્ટરી/રજિસ્ટર નિભાવવાના રહેશે. અધિકૃત સહી કરનાર અધિકારી/તબીબ જ્યારે કોઈ કારણોસર રજા પર હોય ત્યારે તેમના વિકલ્પે જે અધિકારી/તબીબ ચાર્જમાં હોય તેમણે કાર્યવાહી કરવાની રહેશે.

(૨) અપનાવવામાં આવી રહેલ નવી વ્યવસ્થા વધારે ઉદાર હોઈ, તેનો દુરુપયોગ થવાની શક્યતા વધી જાય છે. આથી ખાસ કરીને અશક્તતાના આધારે સરકારી નોકરીમાં અનામત જગ્યાઓ પર નિમણંક વખતે નિમણંક સત્તાઅધિકારીએ આવા અશક્તતા પ્રમાણપત્રની ખરાચ કરવા આવા ઉમેદવારોની મેડીકલ તપાસ કરનાર મેડીકલ બોર્ડને ઉમેદવારના વિકલાંગતા પ્રમાણપત્રની ખરાચ કરવા જણાવવાનું રહેશે. મેડીકલ બોર્ડ આવા ઉમેદવારના મેડીકલ રીપોર્ટની સાથે જ અશક્તતા પ્રમાણપત્ર અંગેનો રીપોર્ટ પણ મોકલવાનો રહેશે.

આમ રાજ્ય સરકારના અશક્ત વ્યક્તિ (સમાન તક, અધિકાર સંરક્ષણ અને સંપૂર્ણ ભાગીદારી) (સુધારા) નિયમો-૨૦૧૦ અંતર્ગત રાજ્યમાં શારીરિક ક્ષતિ ધરાવતી વ્યક્તિઓને, વિકલાંગતા પ્રમાણપત્ર મેળવવા બાબત ઠરાવમાં નિયત કર્યા મુજબની કાર્યવાહી કરવાની રહેશે. આ ઠરાવની સાથે નિયત કરેલ ગુજરાતી-અંગ્રેજી પત્રકો આ સાથે સામેલ છે જે અરજદારને જોઇતી લાખામાં આપવાનું રહેશે.

ગુજરાતના રાજ્યપાલશ્રીના હુકમથી અને તેમના નામે,

(અધ. એ. ડોરાજી)

સંયુક્ત સચિવ,
આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ.

પ્રતિ,

1. રાજ્યપાલશ્રીના સચિવશ્રી(પત્ર ધ્વારા)
2. મા. મુખ્યમંત્રીશ્રીના અગ્ર સચિવશ્રી,
3. માન.મંત્રીશ્રી/માન.રાજ્યકક્ષાના મંત્રીશ્રી/મા.નાયબ મંત્રીશ્રીના અંગત સચિવશ્રી,
4. અગ્રસચિવશ્રી, સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગ, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
5. કમિશરશ્રી, આરોગ્ય તબીબી સેવાઓ, તબીબી શિક્ષણની કચેરી, પ, જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.

6. અધિક નિયામકશી, તબીબી સેવાઓ/જાહેર આરોગ્ય/તબીબી શિક્ષણ અને સંશોધન, ગાંધીનગર.
7. રીજુયોનલ ડેપ્યુટી ડાયરેક્ટર, ગાંધીનગર/અમદાવાદ/વડોદરા/રાજકોટ/ભાવનગર.
8. સર્વે કલેક્ટરશ્રીઓ,
9. સર્વે જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રીઓ,
10. વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટેના કમિશરશ્રીની કચેરી, ડૉ.જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.
11. સર્વે જિલ્લાના મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીશ્રીઓ, સરકારી હોસ્પિટલના અધિકારીશ્રીઓ તથા સામૃદ્ધિક આરોગ્ય કેન્દ્રોના અધિકારીશ્રીઓ અને રાજ્યના પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો (કમિશરશ્રી(આ.) તબીબી સેવા અને તબીબી શિક્ષણ ધ્વારા)
12. સર્વે જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રીઓ,
13. નાણાં વિભાગ, ચ- શાખા, સચિવાલય, ગાંધીનગર,
14. સચિવાલયના સર્વે વિભાગો,
15. માહિતી નિયામક, ગાંધીનગર,
16. તબીબી કોલેજના ડીનશ્રી, અમદાવાદ /વડોદરા/સુરત/જામનગર/રાજકોટ//ભાવનગર/કેન્ટલ કોલેજ, અમદાવાદ,
17. વ્યવસ્થાપકશી, સરકારી મુખ્યાલય, ગાંધીનગર(ઠરાવનીનકલો છાપવાની વિનંતી સહ)
18. ભાષા નિયામક, ગાંધીનગર,
19. એકાઉન્ટન્ટ જનરલ, અમદાવાદ/રાજકોટ,
20. હિસાબ અને તિજોરી નિયામક, ગાંધીનગર,
21. પે એન્ડ એકાઉન્ટસ ઓફિસર, ગાંધીનગર/અમદાવાદ,
22. નિવાસી ઓડિટ અધિકારીશ્રી, ગાંધીનગર/અમદાવાદ,
23. બધા જિલ્લા તિજોરી અધિકારી,
24. સચિવશ્રી, ગુજરાત તકેદારી આયોગ, ગાંધીનગર(પત્ર ધ્વારા)
25. સચિવશ્રી, ગુજરાત જાહેર સેવા આયોગ, અમદાવાદ(પત્ર ધ્વારા)
26. રજીસ્ટ્રારશ્રી, ગુજરાત હાઇકોર્ટ, અમદાવાદ(પત્ર ધ્વારા)
27. સચિવશ્રી, ગુજરાત વિધાનસભા, સચિવાલય, ગાંધીનગર(પત્ર ધ્વારા)
28. આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગની સર્વે શાખાઓ/સર્વે અધિકારીશ્રીઓ
29. સિલેક્ટ ફાઇલ
30. નાયબ સેક્શન અધિકારી સિલેક્ટ ફાઇલ.

પત્રક-૧

**અશક્તતા ધરાવતી વ્યક્તિઓએ અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટે અરજી કરવા માટે
(જુઓ નિયમ-૩)**

૧.	નામ		
	(અટક)	(નામ)	(માતા-પિતા-વાલી-પતિનું નામ)
૨.	પિતાનું નામ		માતાનું નામ
૩.	જન્મ તારીખ		/
	(તારીખ)	(મહિનો)	(વર્ષ)
૪.	અરજી પત્રક ભરતી વખતે (આજની તારીખ) ઉંમર વર્ષ		
૫.	જાતિ: પુરુષ/સ્ત્રી		
૬.	સરનામું:		
૭.	કાયમી સરનામું		ફ. હંગામી- હાલનું સરનામું (સંદેશા- પત્રવ્યવહાર માટે)
૮.	હાલના સરનામે કેટલા વર્ષથી રહો છો. ?		
૯.	શૈક્ષણિક સ્તર (જે લાગુ પડતું હોય તેની ઉપર નિશાન કરો)		
	(ક) સ્નાતકોત્તર	(ખ) સ્નાતક	(ગ) ડીપ્લોમા
	(ધ) ઉચ્ચતર માધ્યમિક	(ઘ) માધ્યમિક	(ય) પ્રાથમિક
	(૧) પૂર્વપ્રાથમિક	(૨) નિરક્ષર	
૧૦.	વ્યવસાય :		
૧૧.	ઓળખ ચીન્હ: ૧	૨
૧૨.	અશક્તતાનો પ્રકાર : હલનયલનની / શ્રવણ / દ્રષ્ટિજન્ય / માનસિક / અન્ય		
૧૩.	અશક્તતા કેટલા સમયથી છે ?		જન્મથી/..... વર્ષથી

૧૨. (૧) અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટે તમે આ અગાઉ કયારેય અરજી કરી હતી ? હા/ ના
 (૨) જો 'હા' તો વિગત :
 (અ) કયા અધિકારી- કચેરી સમક્ષ અને કયા જિલ્લામાં અરજી કરી હતી ?

 (બ) અરજીનું પરીણામ શું આવ્યું હતું ?
૧૩. તમને ભૂતકાળમાં કયારેય અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવ્યું છે ખરું ?
 જો 'હા' તો તેની પ્રમાણિત નકલ સામેલ કરો.

નિવેદન: આથી હું જાહેર કરું છું કે ઉપર જણાવેલ સર્વે માહિતી મારી સમજણ અને જાણકારી પ્રમાણે સાચી છે, અને કોઇ સત્યતા છુપાવી નથી કે ખોટી રીતે જાહેર કરી નથી. વધુમાં હું એવું પણ જણાવું છું કે સદર અરજીમાં જણાવેલ કોઇ વિગત સત્યથી વેગળી જણાશે તો મને મળવા પાત્ર લાભ રદ થવાને પાત્ર રહેશે અને કાયદા અન્વયે થતી કાર્યવાહીના સંદર્ભમાં તે માટે હું જવાબદાર રહીશ.

.....
 (અશક્તતા ધરાવતી વ્યક્તિની અથવા તેવી વ્યક્તિ, મંદબુદ્ધિતા, સ્વતીનતા, મગજનો લક્ષ્ય અને અથવા બહુવિધ અશક્તતા ધરાવતી હોય તો તેના કાયદેસરના વાલીની સહી અથવા ડાબા ફાથના અંગુઠાનું નિશાન)

તારીખ:

સ્થળ :

બીડાણ : ૧. રહેઠાણનો પુરાવો

- (ક) રેશન કાર્ડ
- (ખ) મતદાન- ઓળખ કાર્ડ
- (ગ) ડ્રાઇવિંગ - વાહન ચલાવવા માટેનું લાઇસન્સ
- (ધ) બેન્કના ખાતાની પાસબુક
- (ય) પીએએન - પાન કાર્ડ
- (ઝ) પાસપોર્ટ
- (ઝ) અરજદારના સરનામાનો જેમાં ઉલ્લેખ થતો હોય તેવા ટેલીફોન, લાઇટ, પાણી કે અન્ય વપરાશ બદલ મળતા બિલ.

- (અ) પંચાયત, મ્યુનિસિપાલિટી, કેન્ટોન્મેન્ટ બોર્ડ, અન્ય કોઈ રાજ્યપત્રિત અધિકારી, અથવા જે તે સરપંચ- પટવારી અથવા સરકારી શાળાના મુખ્ય શિક્ષક દ્વારા કાઢી આપવામાં આવેલ રહેઠાણનો દાખલો.
- (બ) અશક્તિતા ધરાવતી વ્યક્તિઓ માટેની, નિરાધાર માટેની કે માનસિક ક્ષતિ ધરાવતી વ્યક્તિઓ માટેની કોઈ નિવાસી સંસ્થામાં રહેતા હોય તેવા અંતેવાસી સભ્યના કિસ્સામાં આવી સંસ્થાના વડા દ્વારા આપવામાં આવતો રહેઠાણનો પુરાવો.

પાસપોર્ટ સાઇઝના તાજેતરમાં પડાવેલ ફોટાની બે નકલ – બે ફોટા

.....

(ફક્ત કચેરીના ઉપયોગ માટે)

તારીખ:

દાખલો કાઢી આપનાર રત્નાધિકારીની
સહી અને સિક્કા

.....+.....+.....+.....+.....+.....

પત્રક-૨

અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર

(અંગ વિચ્છેદન અથવા હાથ- પગનો કાયમી સંપૂર્ણપણે લક્વો અને અંધત્વના કિસ્સાઓમાં)
(જુઓ નિયમ- ૪)

અશક્તતા ધરાવતી વ્યક્તિનો
પાસપોર્ટ સાઇઝનો તાજેતરમાં પડાવેલ
(માત્ર ચહેરો બતાવતો પ્રમાણિત ફોટો)

પ્રમાણપત્ર ક્રમાંક: તારીખ:

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે મેં શ્રી/ શ્રીમતી/કુમાર/કુમારી જી

.....ના પુત્ર/પુત્રી/પત્ની છે તેમની કાળજીપૂર્વક તપાસ કરી છે.

તેમની જન્મ તારીખ/...../..... છે, ઉંમરવર્ષ છે, જાતિ પુરુષ/સ્ત્રી છે.

(તારીખ)(મહીનો)(વર્ષ)

નોંધણી ક્રમાંક: છે, કાયમી રહેઠાણ ધર નંબર વોડ/ગામ/કુઝીયુ/.....

પોસ્ટ ઓફિસ..... જિલ્લો રાજ્ય..... ના તેઓ

રહેવાસી છે. તેમનો ફોટો ઉપર લગાવેલ છે અને હું સંતોષપૂર્વક જણાવું છું કે,

(અ) તે નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેનો કેસ છે :

- * હલનયલનની અશક્તતા
- * અંધત્વ - દ્રષ્ટિક્ષતિ

(મહેરબાની કરીને લાગુ પડતું હોય તેની ઉપર નિશાની કરો.)

(બ) તેમના કિસ્સામાં નું નિદાન થયેલ છે.

(ગ) માર્ગદર્શનો (સ્પષ્ટતા કરવી)ના આધારે, તેઓ તેમના શરીરના (શરીરના લાગ-અવયવનું નામ)ના પ્રમાણમાં (અંકડામાં) % (શબ્દમાં) ટકા કાયમી શારીરિક ક્ષતિ /દ્રષ્ટિક્ષતિ ધરાવે છે.

૨. રહેઠાણના પુરાવા તરીકે અરજદારે નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેનો દાખલો રજુ કર્યો છે.

દાખલાનો પ્રકાર	આપ્યાની તારીખ	પ્રમાણપત્ર આપનાર સત્તાધિકારીની વિગત

(નિર્દિષ્ટ મેડીકલ સત્તાના અધિકૃત સત્તાધિકારીની સહી અને સિક્કો)

જેમના નામથી અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર કાઢવામાં આવતું હોય તેમની સહી/અંગુઠાનું નિશાન

પત્રક-3

અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર

(બહુવિધ અશક્તતાઓના કિસ્સામાં)

(પ્રમાણપત્ર આપનાર તથીબી સત્તાધિકારીનું નામ અને સરનામું)

(જુઓ નિયમ - ૪)

અશક્તતા ધરાવતી વ્યક્તિ
નો પાસપોર્ટ સાઇઝનો
તાજેતરમાં પડાવેલ (માત્ર
ચહેરો બતાવતો) પ્રમાણિત
ફોટો

પ્રમાણપત્ર ક્રમાંક

તારીખ:

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે અમે શ્રી/શ્રીમતી/કુમાર/કુમારી કુ જે
..... ના પુત્ર/પુત્રી/પત્ની છે તેમને કાળજીપૂર્વકની તપાસ કરી છે.

શ્રી ની જન્મ તારીખ/...../..... છે, ઉંમર
..... વર્ષ છે, જાતિ પુરુષ/સ્ત્રી છે. (તારીખ) (મહીનો) (વર્ષ)
નોંધણી ક્રમાંક: છે, કાયમી રહેઠાણ ધર નંબર વોડ/ગામ/કળીયું/.....
પોસ્ટ ઓફિસ જિલ્લો રાજ્ય ના તેઓ
રહેવાસી છે. તેમનો ફોટો ઉપર લગાવેલ છે અને હું સંતોષપૂર્વક જણાવું છું કે,

(અ) તે એક બહુવિધ અશક્તતા નો કેસ છે. તેમની નીચે નિશાની કર્યા પ્રમાણે અને નીચે જણાવેલ
ટેબલ અંતર્ગત જે તે અશક્તતાની સામે દર્શાવ્યા પ્રમાણે કાયમી શારીરિક ક્ષતિ/અશક્તતા
(સ્પષ્ટતા કરવી) ના પ્રમાણનું મુલ્યાંકન માર્ગદર્શનોના આધારે કરવામાં આવ્યું છે.

ક્રમાંક	અશક્તતા	શરીરનો અસર પામેલ ભાગ	નિદાન	કાયમી શારીરિક ક્ષતિ/માનસિક અશક્તતા (ટકાવારીમાં)
૧	હલનયલનની ક્ષતિ	@		
૨	અલ્પ દ્રષ્ટિ	#		
૩	અંધત્વ	બજો આંખ		

૪	શ્રવણ ક્ષતિ	F		
૫	મંદ બુઝી	X		
૬	માનસિક વિમારી	X		

(૫) ઉપરોક્ત માહિતીના સાપેક્ષમાં તેઓ તેમના શરીરના (શરીરના ભાગ - અવયવનું નામ)ના પ્રમાણમાં માર્ગદર્શનોના આધારે (સ્પષ્ટતા કરવી) (આંકડામાં)% (શબ્દમાં)ટકા કાચમી શારીરિક ક્ષતિ/ દ્રષ્ટિક્ષતિ ધરાવે છે.

૨. આ પરિસ્થિતિ વધતી જાય તેવી / ન વધે તેવી / જેમાં સુધારો થવાની શક્યતા છે તેવી / જેમાં સુધારો થવાની શક્યતા નથી તેવી છે.

૩. અશક્તતા નું પુન : મુલ્યાંકન :

(અ) જરૂરી નથી

અથવા

(બ) ની ભલામણ મહીના પછી વર્ષ પછી માટે કરવામાં આવે છે અને તેથી સદર પ્રમાણપત્ર સુધી માન્ય ગણાશે.

(તારીખ) (મહીના) (વર્ષ)

@ એટલે કે ડાબા / જમણા/ બજે હાથ/ પગ

એટલે કે એક આંખ / બજે આંખ

f એટકે લે ડાબો કાન/ જમણો કાન/ બજે કાન

૪. રહેઠાણના પુરાવા તરીકે અરજદારે નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેનો દાખલો રજુ કર્યો છે.

દાખલાનો પ્રકાર	આપ્યાની તારીખ	પ્રમાણપત્ર આપનાર સત્તાધિકારીની વિગત

૫. નિર્દિષ્ટ મેડિકલ સત્તાધિકારીના સહી – સિક્કા

સભ્યશ્રીનું નામ અને સિક્કો	સભ્યશ્રીનુંનામ અને સિક્કો	ચેર પર્સનનું નામ અને સિક્કો

જેમના નામથી અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર કાઢવામાં આવતું હોય તેમની સહી/અંગુઠાનું નિશાન

પત્રક-૪

અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર

(પત્રક નંબર ૨ અને ૩ અંતર્ગત દર્શાવ્યા સિવાયની અન્ય અશક્તતાના કિસ્સાઓમાં)

(પ્રમાણપત્ર આપનાર તબીબી સત્તાધિકારીનું નામ અને સરનામું)

(જુઓ નિયમ- ૪)

અશક્તતા ધરાવતી
વ્યક્તિનો પાસપોર્ટ
સાઇઝનો તાજેતરમાં
પડાવેલ (માત્ર ચહેરો
બતાવતો) પ્રમાણિત ફોટો

પ્રમાણપત્ર ક્રમાંક

તારીખ:

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે અમે શ્રી/શ્રીમતી/કુમાર/કુમારી કુ ...
..... ના પુત્ર/પુત્રી/પણી છે તેમને કાળજીપૂર્વકની તપાસ કરી છે.

શ્રી ની જન્મ તારીખ/...../..... છે, ઉંમર
..... વર્ષ છે, જાતિ પુરુષ/સ્ત્રી છે. (તારીખ) (મહીનો) (વર્ષ)
નોંધણી ક્રમાંક: છે, કાયમી રહેઠાણ ધર નંબર
વોડ/ગામ/ફળીયું/..... પોસ્ટ ઓફિસ જિલ્લો
રાજ્ય ના તેથો રહેવાસી છે. તેમનો ફોટો ઉપર લગાવેલ છે અને હું સંતોષપૂર્વક
જણાવું છું કે તે એક અશક્તતાનો કેસ છે. તેમની નીચે નિશાની કર્યા પ્રમાણે અને નીચે
જણાવેલ ટેબલ અંતર્ગત અને જે તે અશક્તતાની સામે દર્શાવ્યા પ્રમાણે કાયમી શારીરિક ક્ષતિ/
અશક્તતાના પ્રમાણમાપનું મૂલ્યાંકન માર્ગદર્શનો (સ્પષ્ટતા કરવી) ના આધારે કરવામાં આવ્યું છે.

ક્રમાંક	અશક્તતા	શરીરનો અસર પામેલ ભાગ	નિદાન	કાયમી શારીરિક ક્ષતિ/ માનસિક અશક્તતા (ટકાવારીમાં)
૧	હલનચલનની ક્ષતિ	@		
૨	અલઘ દ્રષ્ટિ	#		
૩	અંધત્વ	બજો અંખ		
૪	શ્રવણ ક્ષતિ	F		
૫	મંદ બુદ્ધિ	X		
૬	માનસિક બિમાર	X		

(લાગુન નપડતી હોય તેવી અશક્તતા ઓ ચેકી નાખો)

2. આ પરિસ્થિતિ વધતી જાય તેવી / ન વધે તેવી / જેમાં સુધારો થવાની શક્યતા છે તેવી / જેમાં સુધારો થવાની શક્યતા નથી તેવી છે.
3. અશક્તતા નું પુન : મુલ્યાંકન :
 - (અ) જરૂરી નથી

અથવા

(અ) ની ભલામણા	મહીના પછી	વર્ષ પછી માટે કરવામાં આવે	
છ અને તથી સદર પ્રમાણપત્ર સુધી માન્ય ગણાશે.	
	(તારીખ)	(મહિના)	(વર્ષ)

① એટલે કે ડાબા / જમણા / બજે હાથ / પગ
 # એટલે કે એક આંખ / બજે આંખ
 f એટકે કે ડાબો કાન / જમણો કાન / બજે કાન
4. રહેઠાણના પુરાવા તરીકે અરજદારે નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેનો દાખલો રજુ કર્યો છે.

દાખલાનો પ્રકાર	આપ્યાની તારીખ	પ્રમાણપત્ર આપનાર સત્તાધિકારીની વિગત

નિર્દિષ્ટ મેડીકલ સત્તાના અધિકૃત સત્તાધિકારીની સહી)
સામી સહી – કાઉન્ટર સાઇન

(નામ અને સિક્કો)

(જો સદર પ્રમાણપત્ર સરકારી કર્મચારી ન હોય તેવા મેડીકલ સત્તાધિકારી દ્વારા કાઢી આપવામાં આવ્યું હોય તો, તેવા પ્રમાણપત્ર ઉપર જે તે જિલ્લાના મુખ્ય તબીબી અધિકારી - ચીફ મેડીકલ ઓફીસર / તબીબી અધીક્ષક / સરકારી દવાખાનાના વડાનો સહી સિક્કો)

જેમના નામથી અશક્તતા નું
પ્રમાણપત્ર કાઢવામાં આવતું હોય
તેમની સહી/અંગુઠાનું નિશાન

નોંધ:- જો સદર પ્રમાણપત્ર સરકારી કર્મચારી ન હોય તેવા મેડીકલ સત્તાધિકારી દ્વારા કાઢી આપવામાં આવ્યું હોય તો, તેવા પ્રમાણપત્ર ઉપર જે તે જિલ્લાના મુખ્ય તબીબી અધિકારી - ચીફ મેડીકલ ઓફીસરના સહી ફોન તો જ તે માન્ય ગણાશે.

પત્રક-૫

અશક્તતાના પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટેની અરજુ નામંજુર થતી હોવાની જાણ
(જુઓ નિયમ- ૪)

ક્રમાંક:.....

તારીખ:

પ્રતિ,

(અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટેની
અરજુ કરનાર અરજદારનું નામ અને સરનામું)

વિષય:- અશક્તતાનું પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટેની અરજુની નામંજુરી

ભાઈશ્રી/ બહેનશ્રી,

નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેની અશક્તતા સબબ અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર મેળવવા માટે આપે
તારીખ..... ના રોજ કરેલ અરજુ મહેરબાની કરીને ધ્યાને લેશો.

૨. ઉપરોક્ત અરજુ કરનારને નીચે સહી કરનાર દ્વારા/ મેડીકલ બોર્ડ દ્વારા તારીખ
ના રોજ તપાસ કરવામાં આવી હતી, અને ડિલગીરીપૂર્વક મારે આપને જણાવવું પડે છે કે નીચે જણાવ્યા
પ્રમાણેના કારણો અનુસાર આપની તરફેણમાં અશક્તતા નું પ્રમાણપત્ર કાઢી આપવું શક્ય નથી.

(અ)

(બ)

(ગ)

૩. જો આપ આપની અરજુની નામંજુરી બદલ નારાજ હો તો, સદર નિર્ણયના પુનઃ મુલ્યાંકન માટે
આપ શ્રી સમક્ષ રજુઆત કરી શકો છો.

આપનો વિશ્વાસુ,

(નિર્દિષ્ટ મેડીકલ સત્તાના અધિકૃત સત્તાધિકારીની સહી)

(નામ અને સિક્કો)

Form - V
Intimation of Rejection of Application for Disability Certificate
(See rule - 4)

No.....

Dated:.....

To,

(Name and address of applicant
For Disability Certificate)

Sub :- Rejection of Application for Disability Certificate

Sir / Madam,

Please refer to your application dated for issue of a Disability Certificate
for the following disability :

2. Pursuant to the above application, you have been examined by the undersigned/Medical Board on _____ and I regret that, for the reasons mentioned below, it is not possible to issue a disability certificate in your favour :

- (i)
- (ii)
- (iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to _____, requesting for review of this decision.

Yours faithfully,

(Authorised Signatory of the notified Medical Authority)
(Name and seal)

[F. N. 16-02/2007-DD. III]

Dr. ARBIND PRASAD, Jt. Secy.

Form-I
**APPLICATION FOR OBTAINING DISABILITY CERTIFICATE BY PERSONS
WITH DISABILITIES**
(See rule 3)

1. Name: (Surname) _____ (First name) _____ (Middle name) _____
2. Father's name: _____ Mother's name: _____
3. Date of Birth: (date) _____ / (month) _____ / (year) _____
4. Age at the time of application: _____ years
5. Sex: Male/Female
6. Address:

(a) Permanent address _____

(b) Current Address (i.e. for communication) _____

(c) Period since when residing at current address _____
7. Educational Status (Pl. tick as applicable)
 - I. Post Graduate
 - II. Graduate
 - III. Diploma
 - IV. Higher Secondary
 - V. High School
 - VI. Middle
 - VII. Primary
 - VIII. Illiterate
8. Occupation _____
9. Identification marks (i) _____ (ii) _____
10. Nature of disability: locomotor/hearing/visual/mental/others
11. Period since when disabled: From Birth/Since _____ year
12. (I) Did you ever apply for issue of a disability certificate in the past. YES/NO
(II) If yes, details:

(a) Authority to whom and district in which applied _____

(b) Result of application _____
13. Have you ever been issued a disability certificate in the past? If yes, please enclose a true copy.

Declaration: I hereby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief, and no material information has been concealed or misstated. I further, state that if any inaccuracy is detected in the application, I shall be liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.

(Signature or left thumb impression of person with disability, or of his/her legal guardian in case of persons with mental retardation, autism, cerebral palsy and multiple disabilities)

Date:

Place:

Encl:

1. Proof of residence (Please tick as applicable)

- a. ration card,
- b. voter Identity card,
- c. driving license,
- d. bank passbook
- e. PAN card,
- f. passport,
- g. telephone, electricity, water and any other utility bill indicating the address of the applicant,
- h. a certificate of residence issued by a Panchayat, municipality, cantonment board, any gazetted officer, or the concerned Patwari or Head Master of a Govt. school,
- i. in case of an inmate of a residential institution for persons with disabilities, destitute, mentally ill, etc., a certificate of residence from the head of such institution.

2. Two recent passport size photographs

(For office use only)

Date:

Place:

Signature of issuing authority
Stamp

Form-II

Disability Certificate
**(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs
and in cases of blindness)**
(See rule 4)

**(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE
CERTIFICATE)**

Recent	PP	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
- * blindness

(Please tick as applicable)

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

(A) He/ She has _____ % (in figure) _____ percent (in words)
permanent physical impairment/blindness in relation to his/her _____ (part of body) as per
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

(Signature and Seal of Authorised Signatory of
notified Medical Authority)

**Signature /Thumb Impression
of the Person in whose favour
disability certificate is issued.**

Form-III

Disability Certificate
(In case of multiple disabilities)
(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE
CERTIFICATE)
(See rule 4)

Recent PP 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 are 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 (to be specified) for the disabilities ticked below, and 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	Low vision	#		
3	Blindness	Both Eyes		
4	Hearing impairment	£		
5	Mental retardation	x		
6	Mental-illness	x		

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

In figures:- _____ percent

In words:- _____ percent

PRT (1) Note & Tharaw

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/both eyes

£ - 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

**Signature /Thumb Impression
of the Person in whose favour
disability certificate is issued.**

Form-IV

**Disability Certificate
(In cases other than those mentioned in Forms II and III)**

**(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE
CERTIFICATE)
(See rule 4)**

Recent	PP	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 he/she is
a case of _____ disability. His/her extent of percentage physical
impairment/disability has been evaluated as per 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	Low vision	#		
3	Blindness	Both Eyes		
4	Hearing impairment	E		
5	Mental retardation	X		
6	Mental-illness	X		

(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) _____

@ - e.g. Left/Right/both arms/legs

- e.g. Single eye/both eyes

£ - 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

(Authorised Signatory of notified Medical Authority)

(Name and Seal)

Countersigned

{Countersignature and seal of the CMO/Medical Superintendent/Head of Government Hospital, in case the certificate is issued by a medical authority who is not a government servant (with seal)}

**Signature/Thumb
Impression of the
person in whose
favour disability
certificate is
issued.**

Note: In case this certificate is issued by a medical authority who is not a government servant, it shall be valid only if countersigned by the Chief Medical Officer of the District."

Form-V

Intimation of Rejection of Application for Disability Certificate

(See rule 4)

No. _____

Dated:

To,

(Name and address of applicant for Disability Certificate)

Sub.: Rejection of Application for Disability Certificate

Sir / Madam,

Please refer to your application dated _____ for issue of a Disability Certificate for the following disability: _____

2. Pursuant to the above application, you have been examined by the undersigned/ Medical Board on _____, and I regret to inform that, for the reasons mentioned below, it is not possible to issue a disability certificate in your favour:

(i)

(ii)

(iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to _____, requesting for review of this decision.

Yours faithfully,

(Authorised Signatory of the notified Medical Authority)

(Name and Seal)