

## प्रपत्र - II

अक्षमता प्रमाण पत्र  
(अंगच्छेदन या अंगों के पूर्ण रूप से स्थायी पक्षाघात के मामले में  
और दृष्टिहीन व्यक्तियों के मामले में)  
(नियम 4 देखें)  
(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

अक्षम व्यक्ति का  
वर्तमान पासपोर्ट  
आकार का स्व-  
अनुप्रमाणित फोटो  
(केवल चेहरा दर्शाया  
हो)

प्रमाण-पत्र सं. \_\_\_\_\_ दिनांक :

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_  
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री \_\_\_\_\_ जन्म तिथि \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष,  
पुरुष/महिला \_\_\_\_\_ (तिथि / माह / वर्ष )  
पंजीकरण सं. \_\_\_\_\_ स्थायी निवासी मकान नं. \_\_\_\_\_ वार्ड/ग्राम/स्ट्रीट \_\_\_\_\_ डाकघर  
\_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ और जिनका फोटोग्राफ ऊपर  
लगाया गया है, की ध्यानपूर्वक जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) वह निम्न रोग से ग्रस्त हैं:

- चलने में असमर्थ
- दृष्टिहीन

(कृपया जो लागू हो उसे चिन्हित करें)

(ख) उनके मामले में .....निदान है।

(ग) उन्हें मार्गनिर्देशों के अनुसार (विशेष रूप से उल्लेख) .....% (अंकों में) .....प्रतिशत (शब्दों में) उनके ..... (शरीर का अंग) के संबंध में स्थायी शारीरिक अक्षमता/दृष्टिबाधिता हैं।

2. आवेदक ने अपने निवास के प्रमाण स्वरूप निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किया है:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी करने की तारीख	प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

उस व्यक्ति के  
हस्ताक्षर/अंगूठे का  
निशान जिसके नाम से  
अक्षमता प्रमाण पत्र  
जारी किया गया है।

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता  
के हस्ताक्षर और मोहर)

## प्रपत्र - III

अक्षमता प्रमाण पत्र

(एकाधिक विकलांगता के मामले में)  
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)  
(नियम 4 देखें)

अक्षम व्यक्ति का  
वर्तमान पासपोर्ट  
आकार का स्व-  
अनुप्रमाणित फोटो  
(केवल चेहरा दर्शाया  
हो)

प्रमाण-पत्र सं. ....

दिनांक : .....

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने श्री/श्रीमती/कुमारी .....  
पुत्र/पत्नी/पुत्री ..... जन्म तिथि .....  
(तिथि/माह/वर्ष)

आयु ..... वर्ष, पुरुष/महिला ..... पंजीकरण सं. .... स्थायी निवासी मकान नं. ....  
वार्ड/ग्राम/स्ट्रीट ..... डाकघर ..... जिला ..... राज्य  
..... और जिनका फोटोग्राफ ऊपर लगाया गया है, की ध्यानपूर्वक जांच कर ली है और  
हम संतुष्ट हैं कि

(क) वे एकाधिक विकलांगता से ग्रस्त हैं। मार्गनिर्देशों के अनुसार (विशेष रूप से उल्लेख किया जाए), उनकी स्थायी शारीरिक दौर्बल्यता/अक्षमता के प्रतिशत की सीमा को आकलित किया गया है और नीचे तालिका में संगत अक्षमता के सामने दर्शाया गया है:

क्र.सं.	निशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक दौर्बल्य/ मानसिक अक्षमता (% में)
1.	चलने में असमर्थ	@		
2.	कम दृष्टि	#		
3.	दृष्टिहीन	दोनों आंखों से		
4.	श्रवण बाधित	\$		
5.	मानसिक मन्दता	X		
6.	मानसिक व्याधि	X		

(ख) उपर्युक्त को देखते हुए, मार्गनिर्देशों के अनुसार (विशेष रूप से उल्लेख किया जाए), उनकी समस्त स्थायी शारीरिक दौर्बल्यता निम्नानुसार है:-

शब्दों में ..... प्रतिशत

आंकड़ों में ..... प्रतिशत

2. इस स्थिति के आगे और बढ़ने/न बढ़ने/स्थिति में सुधार होने/सुधार न होने की संभावना है।
3. अक्षमता का आकलन :
- (i) आवश्यक नहीं है,  
अथवा
- (ii) ..... की अनुशंसा की जाती है/..... वर्षों ..... माह के उपरांत और इसलिए यह प्रमाण पत्र ..... तक के लिए वैध रहेगा।  
तिथि) (माह) (वर्ष)

@ उदाहरण बायां/दायां/दोनों हाथ/पैर  
# एक आंख/दोनों आंख  
£ बायां/दायां/दोनों कान

4. आवेदक ने अपने निवास के प्रमाण स्वरूप निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किया है:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी करने की तारीख	प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

5. चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और मुहर

सदस्य का नाम और मुहर	सदस्य का नाम और मुहर	अध्यक्ष का नाम और मुहर

उस व्यक्ति के  
हस्ताक्षर/अंगूठे का  
निशान जिसके नाम से  
अक्षमता प्रमाण पत्र  
जारी किया गया है।

#### **प्रपत्र – IV**

#### **अक्षमता प्रमाण पत्र**

(फार्म II और III में उल्लिखित मामलों से अन्यथा)

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

(नियम 4 देखें)

अक्षम व्यक्ति का  
वर्तमान पासपोर्ट  
आकार का स्व-  
अनुप्रमाणित फोटो  
(केवल चेहरा  
दर्शाया हो)

प्रमाण-पत्र सं. \_\_\_\_\_ दिनांक : \_\_\_\_\_  
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी  
\_\_\_\_\_ पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ जन्म तिथि \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_  
वर्ष,

(तिथि/ माह/वर्ष)

पुरुष/महिला \_\_\_\_\_ पंजीकरण सं. \_\_\_\_\_ स्थायी निवासी मकान नं. \_\_\_\_\_  
वार्ड/ग्राम/स्ट्रीट \_\_\_\_\_ डाकघर \_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_  
राज्य \_\_\_\_\_ और जिनका फोटोग्राफ ऊपर लगाया गया है, की ध्यानपूर्वक  
जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि वह ..... अक्षमता से ग्रस्त हैं। मार्गनिर्देशों  
के अनुसार (विशेष रूप से उल्लेख किया जाए) उनकी स्थायी शारीरिक दौर्बल्यता/अक्षमता के  
प्रतिशत की सीमा को आकलित किया गया है और नीचे तालिका में संगत अक्षमता के  
सामने दर्शाया गया है:

क्र. सं.	निशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक दौर्बल्य/ मानसिक अक्षमता (% में)
1.	चलने में असमर्थ	@		
2.	कम दृष्टि	#		
3.	दृष्टिहीन	दोनों आंखों से		
4.	श्रवण बाधित	\$		
5.	मानसिक मन्दता	X		
6.	मानसिक व्याधि	X		

(कृपया उस अक्षमता को काट दें जो लागू नहीं हैं)

2. इस स्थिति के आगे और बढ़ने/न बढ़ने/स्थिति में सुधार होने/सुधार न होने की संभावना है।

3. अक्षमता का आकलन :

(i) आवश्यक नहीं है,

अथवा

(ii) की अनुशंसा की जाती है/..... वर्षों .....माह के उपरांत और इसलिए यह प्रमाण पत्र ..... तक के लिए वैध रहेगा।

(तिथि) (माह) (वर्ष)

- @ उदाहरण बायां/दायां/दोनों हाथ/पैर  
# एक आंख/दोनों आंख  
£ बायां/दायां/दोनों कान

4. आवेदक ने अपने निवास के प्रमाण स्वरूप निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किया है:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी करने की तारीख	प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)  
(नाम और मुहर)

प्रतिहस्ताक्षर

{यदि यह प्रमाण पत्र ऐसे चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जारी किया गया है जो एक सरकारी कर्मचारी नहीं है तो यह मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधीक्षक/सरकारी अस्पताल के प्रमुख द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किए जाने पर ही वैध होगा (मुहर सहित)}

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके नाम से अक्षमता प्रमाण पत्र जारी किया गया है।

टिप्पणी : यदि यह प्रमाण पत्र ऐसे चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जारी किया गया है जो सरकारी कर्मचारी नहीं है तो यह उस जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किए जाने पर ही वैध होगा।"

टिप्पणी : मूल नियम दिनांक 31 दिसम्बर, 1996 की अधिसूचना सं. एस.ओ. 908 (ई) के तहत भारत के राजपत्र में प्रकाशित किए गए थे।