

फॉर्म – I / FORM – I

दिव्यांगता का प्रमाण पत्र / Certificate of Disability

(अंगों के विच्छेदन या पूर्ण स्थायी पक्षाघात या बौनेपन के मामलों में और दृष्टिहीनता के मामलों में)

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

((समय-समय पर संशोधन के अधीन निर्धारित प्रोफार्मा / Prescribed proforma subject to amendment from time to time)

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

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

दिव्यांग व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट
सत्यापित आकार का फोटो (केवल चेहरे
का फोटो)
Recent passport attested size
photograph (Showing face only) of
the person with disability

प्रमाणपत्र सं. / Certificate No. :

दिनांक / Date :

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने इनकी सावधानीपूर्वक जाँच की/This is to certify that I have carefully examined :

श्री/श्रीमती/कु. पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री.....
जन्म-दिनांक (दिदि/मम/वव) आयु वर्ष, पुरुष/महिला पंजीकरण क्र..... स्थायी निवासी
मकान नं. वार्ड/ग्राम/मार्ग..... डाकघर जिला..... राज्य....., जिसका
छायाचित्र यहाँ ऊपर लगाया हुआ है, तथा मैं आश्वस्त हूँ कि:

Shri/Smt./Kum. son/wife/daughter of Shri.....
Date of Birth (DD/MM/YYYY)..... 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) इनका निम्नलिखित मामला है/ He/She is a case of:

- लोकोमोटर दिव्यांगता / locomotor disability
- बौनापन / Dwarfism
- दृष्टिहीनता / Blindness

(कृपया जो लागू हो, उसे चिह्नित करें / Please tick as applicable)

(B) इस मामले में निदान यह है/The diagnosis in his/her case is-

(A) दिशानिर्देशों (..... दिशानिर्देश क्र. एवं उनके जारी होने की तारीख दर्शाएं) के अनुसार इनके..... (शारीरिक अंग) के
संबंध में स्थायी लोकोमोटर दिव्यांगता/बौनापन % (अंकों में) प्रतिशत (शब्दों में) है।

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. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज़ प्रस्तुत किए हैं :-

The applicant has submitted the following documents as proof of residence:-

दस्तावेज़ की प्रकृति Nature of Document	जारी होने की दिनांक Date of Issue	जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण Details of authority issuing certificate

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर और मुहर /
Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का
निशान जिसके पक्ष में विकलांगता
प्रमाण पत्र जारी किया जा रहा है।
Signature/Thumb impression
of the person in whose
favour disability certificate
is issued.

फॉर्म – II / FORM – II

दिव्यांगता का प्रमाणपत्र / Certificate of Disability

(एक से अधिक दिव्यांगताओं के मामले में / In case of multiple disabilities)

(समय-समय पर हुए संशोधन के अनुसार निर्धारित प्रोफार्मा / Prescribed proforma subject to amendment from time to time)

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

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

दिव्यांग व्यक्ति का हाल ही का
पासपोर्ट सत्यापित आकार का फोटो
(केवल चेहरे का फोटो)
Recent passport attested
size photograph (Showing
face only) of the person
with disability

प्रमाणपत्र सं. / Certificate No. :

दिनांक / Date :

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने इनकी सावधानीपूर्वक जाँच की/This is to certify that I have carefully examined :

श्री/श्रीमती/कु.....पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री.....
जन्म-दिनांक (दिदि/मम/वव) आयु वर्ष, पुरुष/महिला पंजीकरण क्र..... स्थायी
निवासी मकान नं. वार्ड/ग्राम/मार्ग..... डाकघर जिला.....
राज्य....., जिसका छायाचित्र यहाँ ऊपर लगाया हुआ है, तथा मैं आश्वस्त हूँ कि:

Shri/Smt./Kum..... son/wife/daughter of
Shri..... Date of Birth (DD/MM/YYYY)..... 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) यह एकाधिक दिव्यांगता का मामला है। दिशा-निर्देशों के अनुसार उसकी स्थायी शारीरिक विकलांगता/अक्षमता की सीमा का मूल्यांकन किया गया है (..... दिव्यांगों के लिए निर्दिष्ट किए जाने वाले दिशा-निर्देशों की संख्या और उन्हें जारी करने की दिनांक दर्शाएँ) नीचे दी गई हैं और नीचे दी गई तालिका में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने दिखाया गया है :

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 :

क्र. Sr. No.	दिव्यांगता Disability	शरीर का प्रभावित अंग Affected Part of Body	निदान Diagnosis	स्थायी शारीरिक हानि/मानसिक दिव्यांगता Permanent physical impairment/mental disability (in % में)
1	लोकोमोटर दिव्यांगता Locomotor disability	@		
2	मस्क्युलर डिस्ट्रॉफी Muscular Dystrophy			
3	लेप्रोसी क्योर्ड / Leprosy cured			
4	बौनापन / Dwarfism			
5	सेरेब्रल पेलसी / Cerebral Palsy			
6	एसिड अटैक शिकार/Acid Attack Victim			
7	कम दृष्टि / Low vision	#		
8	दृष्टिहीनता / Blindness	#		
9	बहरापन / Deaf	£		
10	सुनने में कठिनाई / Hard of Hearing	£		

11	बोलने और भाषा संबंधी अक्षमता / Speech and Language Disability			
12	बौद्धिक दिव्यांगता Intellectual Disability			
13	विशिष्ट लर्निंग दिव्यांगता Specific Learning Disability			
14	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर Autism Spectrum disorder			
15	मानसिक रुग्णता / Mental-illness			
16	क्रॉनिक न्यूरोलॉजिकल समस्याएँ / Chronic Neurological Conditions			
17	मल्टिपल स्क्लेरोसिस Multiple sclerosis			
18	पार्किंसन्स रोग / Parkinson's disease			
19	हीमोफ़िलिआ / Haemophilia			
20	थैलेसीमिया / Thalassemia			
21	सिकल सेल रोग / Sickle Cell disease			

(B) उपर्युक्त के आलोक में, दिशा-निर्देशों के अनुसार उसकी समग्रतः स्थायी शारीरिक दिव्यांगता निम्नवत् है:
(..... विनिर्दिष्ट दिशा-निर्देशों की क्र. संख्या और उनके जारी होने की दिनांक)

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 :-

अंकों में / In figures :- _____ प्रतिशत /percent

शब्दों में / In words :- _____ प्रतिशत/percent

2. यह स्थिति है- प्रोग्रेसिव/गैर-प्रोग्रेसिव/सुधार होने की संभावना/सुधार की संभावना नहीं।

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

3. दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन / Reassessment of disability is :

(i) आवश्यक नहीं है / not necessary,

अथवा / Or

(ii) अनुशंसा की जाती है कि वर्ष, माह बाद पुनर्मूल्यांकन किया जाए, तथा इसलिए यह प्रमाणपत्र दिनांक (दिन/मम/वव)/...../..... तक वैध रहेगा।

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

@ - अर्थात् दाहिना / बाँया / दोनों भुजाएँ/पैर / e.g. Left/Right/both arms/legs

- अर्थात् एक आँख / e.g. Single eye

£ - अर्थात् बाँया / दाहिना e.g. Left / Right / both ears

4. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए हैं :-
The applicant has submitted the following documents as proof of residence: -

दस्तावेज़ की प्रकृति Nature of document	जारी होने की दिनांक Date of Issue	प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण Details of authority issuing certificate

5. चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और मुहर
Signature and Seal of the Medical Authority

सदस्य का नाम और मुहर Name and seal of Member	सदस्य का नाम और मुहर Name and seal of Member	अध्यक्ष का नाम और मुहर Name and seal of Chairperson

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके पक्ष में विकलांगता प्रमाण पत्र जारी किया गया है.
Signature/Thumb impression of the person in whose favour disability certificate is issued.

फॉर्म – III / FORM – III

दिव्यांगता का प्रमाणपत्र / Certificate of Disability

(फॉर्म - I और II में दर्शाए मामलों के अलावा, अन्य मामलों में / In cases other than those mentioned in Form I and II)

(समय-समय पर हुए संशोधन के अनुसार निर्धारित प्रोफार्मा / Prescribed proforma subject to amendment from time to time)

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

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

दिव्यांग व्यक्ति का हाल ही का
पासपोर्ट सत्यापित आकार का फोटो
(केवल चेहरे का फोटो)
Recent passport attested
size photograph (Showing
face only) of the person
with disability

प्रमाणपत्र सं. / Certificate No. :

दिनांक / Date :

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने इनकी सावधानीपूर्वक जाँच की/This is to certify that I have carefully examined :

श्री/श्रीमती/कु.....पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री

जन्म-दिनांक (दिदि/मम/वव) आयु वर्ष, पुरुष/महिला पंजीकरण क्र.....

स्थायी निवासी मकान नं. वार्ड/ग्राम/मार्ग..... डाकघर..... जिला.....

राज्य....., जिसका छायाचित्र यहाँ ऊपर लगाया हुआ है, तथा मैं आश्वस्त हूँ कि यह

दिव्यांगता का मामला है। दिशा-निर्देशों के अनुसार उसकी स्थायी शारीरिक विकलांगता/अक्षमता की सीमा का मूल्यांकन किया गया है

(..... दिव्यांगों के लिए निर्दिष्ट किए जाने वाले दिशा-निर्देशों की संख्या और उन्हें जारी करने की दिनांक दर्शाएँ) नीचे दी गई हैं और नीचे दी गई तालिका में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने दिखाया गया है :

Shri/Smt./Kum. son/wife/daughter

..... of Shri

Date of Birth (DD/MM/YYYY) 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:

क्र. Sr. No.	दिव्यांगता Disability	शरीर का प्रभावित अंग / Affected Part of Body	निदान Diagnosis	स्थायी शारीरिक हानि/मानसिक दिव्यांगता Permanent physical impairment/mental disability (in % में)
1	लोकोमोटर दिव्यांगता Locomotor disability	@		
2	मस्क्युलर डिस्ट्रॉफी Muscular Dystrophy			
3	लेप्रोसी क्योर्ड / Leprosy cured			
4	सेरेब्रल पेलसी / Cerebral Palsy			
5	एसिड अटैक शिकार Acid Attack Victim			
6	कम दृष्टि / Low vision	#		
7	बहरापन / Deaf	€		
8	सुनने में कठिनाई Hard of Hearing	€		
9	बोलने और भाषा संबंधी अक्षमता Speech and Language Disability			
10	बौद्धिक दिव्यांगता Intellectual Disability			
11	विशिष्ट लर्निंग दिव्यांगता Specific Learning Disability			

12	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर Autism Spectrum disorder			
13	मानसिक रुग्णता / Mental-illness			
14	क्रॉनिक न्यूरोलॉजिकल समस्याएँ Chronic Neurological Conditions			
15	मल्टिपल स्क्लेरोसिस Multiple sclerosis			
16	पार्किंसन्स रोग Parkinson's disease			
17	हीमोफ़िलिआ / Haemophilia			
18	थैलेसीमिया / Thalassaemia			
19	सिकल सेल रोग Sickle Cell disease			

(कृपया उन दिव्यांगताओं को काट दीजिए, जो लागू नहीं हैं / Please strike out the disabilities which are not applicable.)

- उपर्युक्त स्थिति है- प्रोग्रेसिव/गैर-प्रोग्रेसिव/सुधार होने की संभावना/सुधार की संभावना नहीं।
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.
- दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन / Reassessment of disability is :
 - आवश्यक नहीं है / not necessary,
अथवा / Or
 - अनुशंसा की जाती है कि वर्ष, माह बाद पुनर्मूल्यांकन किया जाए, तथा इसलिए यह प्रमाणपत्र दिनांक (दिन/मम/वव)/...../..... तक वैध रहेगा।
is recommended / after years, months, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY) _____

@ - अर्थात् दाहिना / बाँया / दोनों भुजाएँ/पैर / e.g. Left/Right/both arms/legs
- अर्थात् एक आँख / e.g. Single eye
£ - अर्थात् बाँया / दाहिना e.g. Left / Right / both ears
- आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए हैं :-
The applicant has submitted the following documents as proof of residence: -

दस्तावेज़ की प्रकृति Nature of document	जारी होने की दिनांक Date of Issue	प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण Details of authority issuing certificate

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
Authorised Signatory of notified Medical Authority)
(नाम एवं मुहर / Name and Seal)

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

{सीएमओ/चिकित्सा अधीक्षक/सरकारी अस्पताल के प्रमुख का प्रतिहस्ताक्षर और मुहर,
यदि प्रमाण पत्र एक चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जारी किया जाता है जो सरकारी कर्मचारी नहीं है (मुहर सहित) /
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)}

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का
निशान जिसके पक्ष में विकलांगता
प्रमाण पत्र जारी किया गया है /
Signature/Thumb impression
of the person in whose favour
disability certificate is issued.