

संस्थान/अस्पताल का नाम और पता

प्रमाण पत्र सं.

तारीख

निःशक्तता प्रमाण पत्र

चिकित्सा बोर्ड के अध्यक्ष द्वारा विधिवत प्रमाणित उम्मीदवार का हाल का फोटो जो उम्मीदवार की निःशक्तता दर्शाता हो।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री आयुक्त लिंग
पहचान चिन्ह निम्नलिखित श्रेणी की स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त -

- क. गति विषयक (लोकोमीटर) अथवा प्रमस्तिष्कीय पक्षाघात (फॉलिज)
- (i) दोनों टांगे (बी एल) - : दोनों पैर प्रभावित किन्तु हाथ प्रभावित नहीं
- (ii) दोनों बाहें (बी ए) - : दोनों बाहें प्रभावित (क) दुर्बल पहुँच
(ख) कमजोर पकड़
- (iii) दोनों टांगे और बाहें (बी एल ए) - दोनों टांगे और दोनों बाहें प्रभावित
- (iv) एक टांक (ओ एल) - एक टांग प्रभावित (दायां या बायां)
(क) दुर्बल पहुँच
(ख) कमजोर पकड़
(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)
- (v) एक बांह (ओ ए) - एक बांह प्रभावित
(क) दुर्बल पहुँच
(ख) कमजोर पकड़
(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)
- (vi) पीठ और नितम्ब (बी एच) - पीठ और नितम्ब में कड़ापन (बैठ और झुक नहीं सकते)
- (vii) कमजोर मांस पेशियां (एम डब्ल्यू) - मांस पेशियों में कमजोरी और सीमित शारीरिक सहनशक्ति।
- ख. अंधापन अथवा अल्प दृष्टि
- (i) बी - अंधापन
- (ii) पी बी - आंशिक रूप से अधता
- ग. कम सुनाई देना
- (i) डी - बधिर
- (ii) पी डी - आंशिक रूप से बधिर
(उस श्रेणी को हटा दें तो लागू न हों)

2. यह स्थिति में प्रगामी है/गैर प्रगामी है/इसमें सुधार होने की संभावना है/सुधार होने की संभावना नहीं है। इस मामले का पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशंसा नहीं की जाती। वर्षों महीनों की अवधि के पश्चात् पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशंसा की जाती है।
3. उनके मामले में निःशक्तता का प्रतिशत: है।
4. श्री/श्रीमती/कुमारी अपने कर्तव्यों के निर्वहन के लिए निम्नलिखित शारीरिक अपेक्षाओं को पूरा करते/करती है :-
- (i) एफ - अंगुलियों को चलाकर कार्य कर सकते/सकती है। हाँ/नहीं
- (ii) पी पी - घकेलने और खींचने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं/ हाँ/नहीं
- (iii) एल - उठाने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (iv) के सी - घुटनों के बल झुकने और दबक कर कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (v) बी - झुक कर कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (vi) एस - बैठकर कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (vii) एस टी - खड़े होकर कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (viii) डब्ल्यू - चलते हुए कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (ix) एस ई - देख कर कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (x) एच - सुनने/बोलने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं
- (xi) आर.डब्ल्यू - पढ़ने और लिखने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं। हाँ/नहीं

(डॉ)
सदस्य
चिकित्सा बोर्ड

(डॉ)
सदस्य
चिकित्सा बोर्ड

(डॉ)
अध्यक्ष
चिकित्सा बोर्ड

चिकित्सा अधीक्षक/मुख्य चिकित्सा अधिकारी/
अस्पताल के मुखिया द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित,
(मुहर सहित)

जो लागू न हो काट दें।

NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL

Certificate No. _____

Date _____

DISABILITY CERTIFICATE

This is certified that Shri/Smt/Kum _____
 son/wife/daughter of Shri _____ age _____
 permanent disability of following category:

- A. Locomotor or cerebral palsy:
- (i) BL - Both legs affected but not arms.
 - (ii) BA - Both arms affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (iii) BLA - Both legs and both arms affected
 - (iv) OL - One leg affected (right or left)
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
 - (v) OA - One arm affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
 - (vi) BH - Stiff back and hips (cannot sit or stoop)
 - (vii) MW - Muscular weakness and limited physical endurance.
- B. Blindness or Low Vision :
- (i) B- Blind
 - (ii) PB - Partially Blind
- C. Hearing Impairment
- (i) D-Deaf
 - (ii) PD - Partially Deaf
- (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.
 Re-assessment of this case is not recommended/is recommended after a period of
 _____ years _____ months.

3. Percentage of disability in his/her case is percent.

4. Sh/Smt/Kum meets the following physical requirements - for discharge of his/her duties :-

- | | | |
|--------|---|--------|
| (i) | F- can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| (ii) | PP- can perform work by pulling and pushing. | Yes/No |
| (iii) | L- can perform work by lifting | Yes/No |
| (iv) | KC- can perform work by kneeling and crouching | Yes/No |
| (v) | B- can perform work by bending. | Yes/No |
| (vi) | S- can perform work by sitting | Yes/No |
| (vii) | ST- can perform work by standing | Yes/No |
| (viii) | W- can perform work by walking | Yes/No |
| (ix) | SE- can perform work by seeing | Yes/No |
| (x) | H- can perform work by hearing/speaking | Yes/No |
| (xi) | RW- can perform work by reading and writing | Yes/No |

(Dr _____)
Member
Medical Board

(Dr _____)
Member
Medical Board

(Dr _____)
Chairperson
Medical Board

Countersigned by the
Medical Superintendent/CMO/Head of
Hospital (with seal)

*Strike out which is not applicable.