

निःशक्तजनों(PWD) के लिए मेडिकल प्रमाण पत्र का प्रारूप  
स्थान/हॉस्पिटल का नाम व पता

प्रमाण पत्र सं. ....

दिनांक.....

## निःशक्तता प्रमाण पत्र

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी\* ..... पुत्र/पुत्री\* श्री.....  
उम्र.....लिंग पुरुष/महिला, पहचान पत्र नीचे दर्शित अनुसार  
निम्न वर्ग के स्थायी निःशक्तता से है :

- ए. चलने-फिरने में रुकावट या मस्तिष्क पक्षाघात,  
(i) बीएल- दोनों पांव प्रभावित पर बाहें (Arm) नहीं,  
(ii) बीए-दोनों बाहें प्रभावित-

- (ए) पहुंचने में बाधा,  
(बी) नियंत्रण की कमजोरी,  
(ए) पहुंचने में बाधा,  
(बी) नियंत्रण की कमजोरी,  
(सी) ऐटैक्सिक (Ataxic)

- (iii) ओएल-एक पांव प्रभावित (दायां या बायां),

- (ए) पहुंचने में बाधा,  
(बी) नियंत्रण की कमजोरी,  
(सी) ऐटैक्सिक (Ataxic)

- (iv) ओए- एक बांह प्रभावित (बायां या दायां)

- (v) बीएच-पीठ तथा कुल्हे की गठिया (बैठ या खड़ा न हो सकना),  
(vi) एमडब्ल्यू- स्नायु संबंधी कमजोरी तथा सीमित शारीरिक सहनशीलता,

- बी. दृष्टिहीनता (अंधत्व) या कम दृष्टि

- सी. श्रवण बाधित (बहरापन)

- (i) बी-अंधत्व

- (i) डी-बहरा

- (ii) पीबी-आंशिक अंधत्व

- (ii) पीडी-आंशिक बहरापन

(उस वर्ग को काट दें जो लागू नहीं होता)

2. स्थिति, प्रगतिशील/गैर प्रगतिशील है, सुधार होने की संभावना है/नहीं है। इस स्थिति का पुनः निर्धारण वर्ष .....माह  
.....की अवधि के बाद सिफारिश के योग्य नहीं है/ सिफारिश के योग्य है।

3. उनमें निशक्तता का प्रतिशत .....प्रतिशत है।

4. श्री/श्रीमती/कुमारी\*.....अपने कार्यों के डिस्चार्ज के लिए निम्नलिखित शारीरिक जरूरतों को पूरा करता/करती है।

(i) एफ-अंगुलियों के साथ कुशलता से कार्य निष्पादित कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(ii) पीपी-खींचने और धकेलने का कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(iii) एल-उठाने का कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(iv) केसी-घुटने के बल तथा झुककर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(v) बी-तिरछा होकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(vi) एस-बैठकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(vii) एसटी- खड़े रहकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(viii) डब्ल्यू- चलकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(ix) एसई-देखकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(x) एच-सुनकर/बोलकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>
(xi) आरडब्ल्यू- पढ़कर/लिखकर कार्य कर सकता है	हां	<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>

(डॉक्टर का हस्ताक्षर)

(डॉक्टर का हस्ताक्षर)

(डॉक्टर का हस्ताक्षर)

नाम:

नाम:

नाम:

पंजीयन क्र.

पंजीयन क्र.

पंजीयन क्र.

सदस्य, मेडिकल बोर्ड

सदस्य, मेडिकल बोर्ड

सदस्य/अध्यक्ष, मेडिकल बोर्ड

\*उन शब्दों को काट दें जो लागू न हो।

स्थान: \_\_\_\_\_

चिकित्सा अधीक्षक/सीएमओ/हॉस्पिटल प्रमुख का प्रतिहस्ताक्षर(सील सहित)

**नोट: (i)** निःशक्तजन (समान अवसर, अधिकारों की रक्षा तथा पूर्ण भागीदारी) अधिनियम 1995 (1996 का 1) की धारा 73 की उपधारा (1) एवं (2) में निहित शक्तियों का प्रयोग करते हुए केंद्र सरकार द्वारा 31.12.1996 को अधिसूचित किये गए निःशक्तजन (समान अवसर, अधिकारों की रक्षा तथा पूर्ण भागीदारी) नियम 1996 के अनुसार निःशक्तता प्रमाण पत्र देने वाले अधिकारी केंद्र या राज्य सरकार द्वारा विधिवत स्थापित मेडिकल बोर्ड होंगे। राज्य सरकार भी कम से कम तीन सदस्यों का एक मेडिकल बोर्ड गठित कर सकता है जिसमें एक सदस्य किसी खास क्षेत्र, लोकोमोटर/हियरिंग एवं स्पीच डिस्पैबिलिटी, मेंटल रिटार्डेशन तथा लेप्रोसी, जैसी भी स्थिति हो, का विशेषज्ञ होगा। **(ii)** जिनकी निशक्तता अस्थायी है, उनके लिए प्रमाण पत्र 5 वर्षों की अवधि के लिए वैध रहेगा। जिनकी निशक्तता स्थायी प्रकार की है उनके लिये प्रमाण पत्र की वैधता को 'स्थायी' के रूप में दिखाया जा सकता है।

**नोट:** यदि रोजगार सूचना के अंग्रेजी भाषा या हिंदी भाषा में कोई अंतर है तो रोजगार सूचना के अंग्रेजी भाषा को ही सही माना जाये।

**ग्राहकों की सेवा - मुस्कान के साथ**