

फार्म - II

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूर्ण स्थाई अंगघात, बौनापन और अंधापन की दशा में)

(नियम 11 देखिए)

(प्रमाणपत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

प्रमाण पत्र संख्या :-

तारीख :-

दिव्यांग व्यक्ति का
नवीनतम पासपोर्ट
आकार का सत्यापित
फोटोग्राफ (केवल
चेहरा दिखता हुआ)

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री
जन्म की तारीख..... (तारीख/मास/वर्ष) आयु वर्ष,
पुरुष/महिला..... रजिस्ट्रेशन नं०:-..... मकान नं०..... वाई/गाँव/गली..... डाकघर
..... जिला राज्य का स्थाई निवासी जिनकी फोटो उपर लगी
हुई है की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :-

(क) यह मामला

- चलन संबंधी दिव्यांगता
- बौनापन
- नेत्रहीन का है

(कृपया जो लागू हो, उस पर ठीक का निशान लगाएं)

(ख) उनके मामले में निदान है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (..... मार्गदर्शक की संख्या और जारी करने की तिथि निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग)
के संबंध में स्थापना % (अंक में) प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई चलन
दिव्यांगता/बौनापन/नेत्रहीनता है।

2. आवेदक ने निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा

उस व्यक्ति के
हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप
जिसके पक्ष में
दिव्यांगता प्रमाणपत्र
जारी होना है।

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)