

संस्थान/ अस्पताल का नाम और पता

प्रमाण पत्र सं.-----

तारीख -----निःशक्तता

प्रमाण पत्र

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

क. गति विषयक(लोकोमोटर) अथवा प्रमस्तिष्कीय पक्षाघात (फॉलिज)

दोनों टांगें (बीएल) - दोनों पैर प्रभावित किन्तु हाथ प्रभावित नहीं

(ii) दोनों बाहें (बीए)-दोनों बाहें प्रभावित

(क) दुर्बल पहुँच

(ख) कमजोर पकड़

(iii) दोनों टांगें और बाहें (बीएलए)- दोनों टांगें और दोनों बाहें प्रभावित

(iv) एक टांग (ओएल) -एक टांग प्रभावित (दायीं या बायीं)

(क) दुर्बल पहुँच

(ख) कमजोर पकड़

(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)

(v) एक बांह (ओए)- एक बांह प्रभावित

(क) दुर्बल पहुँच

(ख) कमजोर पकड़

(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)

(vi) पीठ और नितम्ब (बीएच) - पीठ और नितम्ब में कड़ापन (बैठ और झुक नहीं सकते)

(vii) कमजोर मांसपेशियां (एमडब्ल्यू)- मांसपेशियों में कमजोरी और सीमित शारीरिक सहनशक्ति

ख अंधापन अथवा मंद दृष्टि :

(i) बी - नेत्रहीन

(ii) पी बी - आंशिक रूप से नेत्रहीन

ग कम सुनाई देना :

(i) डी - बधिर

(ii) पी डी - आंशिक रूप से बधिर

(उस श्रेणी को हटा दें जो लागू न हो)

यहां चिकित्सा बोर्ड के
अध्यक्ष द्वारा विधिवत्
प्रमाणित हाल का
फोटो चिपकाएं जो
उम्मीदवार की
निःशक्तता दर्शाता हो

2. यह स्थिति 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 /----- वर्ष ----- महीनों* की अवधि के पश्चात पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशंसा की जाती है ।

3. इनके मामले में निःशक्तता का प्रतिशत ----- है ।

4. श्री / श्रीमती / कुमारी ----- अपने कर्तव्यों के निर्वहन के लिए निम्नलिखित शारीरिक अपेक्षाओं को पूरा करते / करती हैं -

- | | | | |
|-----------------|---|---|------------|
| (i) एफ | - | अंगुलियों को चलाकर कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (ii) पीपी | - | धकेलने और खींचने के जरिए कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (iii) एल | - | उठाने के जरिए कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (iv) केसी | - | घुटनों के बल झुकने और दबक कर कार्य कर सकते / सकती हैं | हाँ / नहीं |
| (v) बी | - | झुककर कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (vi) एस | - | बैठकर कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (vii) एसटी- | | खड़े होकर कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (viii) डब्ल्यू- | | चलते हुए कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (ix) एसई- | | देखकर कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (x) एच | - | सुनने / बोलने के जरिए कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |
| (xi) आरडब्ल्यू- | | पढ़ने और लिखने के जरिए कार्य कर सकते / सकती हैं । | हाँ / नहीं |

(डॉ-----) (डॉ-----) (डॉ-----)

सदस्य,
चिकित्सा बोर्ड

सदस्य,
चिकित्सा बोर्ड

अध्यक्ष,
चिकित्सा बोर्ड

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

* जो लागू न हो उसे काट दें ।