

संस्थान/अस्पताल का नाम और पता

प्रमाण पत्र संख्या- .....

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.....आयु.....

लिंग.....पहचान चिन्ह.....निम्नलिखित श्रेणी की

स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त है।

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

(i) दोनों टांगें (बी एल)- दोनों पैर प्रभावित किन्तु हाथ प्रभावित नहीं

(ii) दोनों बांहें (बी ए)- दोनों बांहें प्रभावित (क) दुर्बल पहुँच  
(ख) कमजोर पकड़

(iii) दोनों टांगें और बांहें (बी एल ए)-दोनों टांगें और दोनों बांहें प्रभावित

(iv) एक टांग (ओ एल)-एक टांग प्रभावित (दायां या बायां)

(क) दुर्बल पहुँच

(ख) कमजोर पकड़

(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)

(v) एक वांह (ओ ए)-एक वांह 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 डब्लू) -मांस पेशियों में कमजोरी और सीमित शारीरि सहनशक्ति।

ख. अंधापन अथवा अल्प दृष्टि-

(i) बी- अंधता

(ii) पी बी- ऑशिक रूप से अंधता

ग. कम सुनाई देना

(i) डी- बघिर

(ii) पी डी- ऑशिक रूप से बघिर

(उस श्रेणी को हटा दें जो लागू न हो)

2. यह स्थिति में प्रगामी है/ गैर प्रगामी है/ इसमें सुधार होने की सम्भावना है/ सुधार होने की सम्भावना नहीं है। इस मामले का पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशंसा नहीं की जाती। ..... वर्षों ..... महीनों की अवधि के पश्चात 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 हैं:-

- |   |          |
|---|----------|
| (i) एफ-अंगुलियों को चलाकर कार्य कर सकते/सकती हैं।               | हाँ/नहीं |
| (ii) पी पी-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) 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-बैठ कर कार्य कर सकते/सकती हैं।                          | हाँ/नहीं |
| (vii) एस टी-खड़े होकर कर कार्य कर सकते/सकती हैं।                | हाँ/नहीं |
| (viii) डब्लू-चलते हुए कर 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 डब्लू-पढ़ने और लिखने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं।    | हाँ/नहीं |

(डा० .....)

सदस्य

चिकित्सा बोर्ड

(डा० .....)

सदस्य

चिकित्सा बोर्ड

(डा० .....)

अध्यक्ष

चिकित्सा बोर्ड

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

\* जो लागू न हो काट दें।