<u>अनुलग्नक I</u>

दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 2 (एस) की परिभाषा के तहत विनिर्दिष्ट दिव्यांगता वाले व्यक्ति के लिए प्रमाण पत्र, लेकिन उक्त अधिनियम की धारा 2 (आर) की परिभाषा के तहत कवर नहीं किया गया है, अर्थात 40% से कम दिव्यांगता वाले व्यक्ति और लेखन में कठिनाई वाले व्यक्ति

यह प्रमाणित किया जाता है कि, हमने श्री/सुश्री/श्रीमती .... (उम्मीदवार का नाम), ...के पुत्र/पुत्री, ... (गांव/पीओ/पीएस/जिला/राज्य) के निवासी, आयु .... वर्ष, के एक व्यक्ति .... (दिव्यांगता/स्थिति की प्रकृति) की जांच की है और यह सूचित किया जाता है कि उसकी/उसे ऐसी सीमा है जो उसकी उपर्युक्त स्थिति के कारण उसकी लेखन क्षमता को बाधित करती है। उसे परीक्षा लिखने के लिए स्क्राइब की सहायता की आवश्यकता है।

2. उपरोक्त उम्मीदवार प्रोस्थेटिक्स और ऑर्थोटिक्स, हियरिंग एड (नाम निर्दिष्ट करें) जैसे सहायक और सहायक उपकरण का उपयोग करता है, जो उम्मीदवार के लिए स्क्राइब की सहायता से परीक्षा में उपस्थित होने के लिए आवश्यक है।

3. यह प्रमाण पत्र केवल भर्ती एजेंसियों के साथ-साथ शैक्षणिक संस्थानों द्वारा आयोजित लिखित परीक्षाओं में उपस्थित होने के उद्देश्य से जारी किया गया है और यह ________ तक वैध है (यह अधिकतम छह महीने या उससे कम की अवधि के लिए वैध है जैसा कि चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित किया जाए)

चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर

(हस्ताक्षर और नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)
ऑर्थोपेडिक / पीएमआर विशेषज्ञ	क्लीनिकल साइकॉलजिस्ट/ रिहैबिलिटेशन साइकॉलजिस्ट साइकिअट्रिस्ट / स्पेशल एजुकेटर	न्यूरोलॉजिस्ट (यदि उपलब्ध)	ऑक्यूपेशनल थेरेपिस्ट (यदि उपलब्ध हो)	अन्य विशेषज्ञ, अध्यक्ष द्वारा मनोनीत (यदि कोई हो)
(हस्ताक्षर तथा नाम)				
मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सिविल सर्जन / मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी .... अध्यक्ष				

सरकारी अस्पताल/ स्वास्थ्य सेवा केंद्र का नाम मुहर के साथ

स्थान:

दिनांक: