



## अनुबंध I

आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 की धारा 2 (एस) की परिभाषा के तहत कवर किए गए निर्दिष्ट दिव्यांगता वाले व्यक्ति के लिए प्रमाण पत्र, लेकिन उक्त अधिनियम की धारा 2 (आर) की परिभाषा के तहत कवर नहीं किया गया है, अर्थात् 40% से कम दिव्यांगता वाले और लिखने में कठिनाई वाले व्यक्ति

यह प्रमाणित किया जाता है कि, हमने श्री/सुश्री/श्रीमती ..... (उम्मीदवार का नाम), पुत्र/पुत्री/संतान....., जो ..... का निवासी है (ग्राम/पो./थाना/जिला/राज्य) और जिसकी आयु \_\_\_\_\_ वर्ष है, उसमें \_\_\_\_\_ (दिव्यांगता/स्थिति की प्रकृति), की जांच की है और यह उल्लेख किया जाता है कि उसकी सीमा है जो उसकी उपर्युक्त स्थिति के कारण उसकी लेखन क्षमता में बाधा डालती है। उसे परीक्षा लिखने के लिए स्क्राइब की सहायता की आवश्यकता है।

2. उपर्युक्त उम्मीदवार सहायक सामग्री और सहायक उपकरण जैसे प्रोस्थेटिक्स और ऑर्थोटिक्स, सुनने संबंधी सहायक सामग्री (नाम निर्दिष्ट किया जाना है) का उपयोग करता है जो उम्मीदवार के लिए स्क्राइब की सहायता से परीक्षा में उपस्थित होने के लिए आवश्यक है।

3. यह प्रमाणपत्र केवल भर्ती एजेंसियों के साथ-साथ शैक्षणिक संस्थानों द्वारा आयोजित लिखित परीक्षाओं में उपस्थित होने के उद्देश्य से जारी किया जाता है और यह \_\_\_\_\_ तक वैध है। (यह चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित अधिकतम अवधि छह महीने या उससे कम की अवधि के लिए मान्य है) ।

चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर

(हस्ताक्षर & नाम)	हस्ताक्षर और नाम	(हस्ताक्षर & नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)	(हस्ताक्षर और नाम)
ऑर्थोपेडिक / पीएमआर विशेषज्ञ	नैदानिक मनोवैज्ञानिक / पुनर्वास मनोवैज्ञानिक/मनो चिकित्सक / विशेष शिक्षक	न्यूरोलॉजिस्ट (यदि उपलब्ध)	ओक्युपेशनल थेरेपिस्ट (यदि उपलब्ध हो)	अन्य विशेषज्ञ, जैसा कि अध्यक्ष द्वारा नामित किया गया है। (यदि कोई हो)
हस्ताक्षर और नाम				
मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन/मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी.....अध्यक्ष				

मोहर के साथ सरकारी अस्पताल/स्वास्थ्य देखभाल केंद्र का नाम

स्थान :

तारीख :