



Department of Empowerment of Persons with Disabilities,
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Disability Certificate

Issuing Medical Authority, Raigarh, Chhattisgarh



Certificate No.: CG0410620000054974

Date: 30/12/2018

This is to certify that I/We have carefully examined Kum. Menka Sahu Daughter of Shri Santosh Kumar Sahu Date of Birth 04/07/2000 Age 18 Year(s) Female, Registration No. 2204/00000/1808/0209586 resident of House No. House N 35 Rambhantha Basti Para Rambhantha - 496445 Sub District Sarangarh District Raigarh State / UTs Chhattisgarh

Whose photograph is affixed above, and I/We satisfied that:

- (A) She is a case of Locomotor Disability
(B) The diagnosis in her case is Kyphoscoliosys 40% permanent Disability

(C) She has 40%(in figure) Forty percent(in words) Permanent in relation to her (part of body) as per guidelines (to be specified).

The applicant have been submitted the following document(s) as proof of residence

Nature of Document(s): Aadhaar card

मेनका साहु

Signature / Thumb impression of the Person With Disability

Signatory of notified Medical Authority Member



Issuing Medical Authority, Raigarh, Chhattisgarh

This Card/Certificate is meant to certify the disability of the person and is not an instrument for ID/Address Proof for any purpose.

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Cell of
 OK
Form - VI
Certificate of disability
(In cases of multiple disabilities)
 [See rule 18 (1)]
(District Medical Board Rajnandgaon (C.G.



Certificate No. 1450
12/6/21
 Date: 02/07/2021
 This is to certify that I have carefully examined Shri/ Smt./kum. श्री. नीति रिजत
 Son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth (DD/MM/YY) 16/01/1999
 Age 22 years, male/female _____ registration No. _____ permanent resident of _____
 House No. _____ Ward /Village/Street _____ Post office 2 Block 2
सुनसुली

District Rajnandgaon State Chhattisgarh whose photograph is affixed above, and satisfied that _____
 (A) he/she is a case of Multiple Disability. His/her extent of permanent physical impairment/disability has been
 evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified). for the
 disability ticked below, and is shown against the relevant disability in the table below :

Sr. NO	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ menalt Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	@		
2.	Muscular Dystorphy			PL+PR+X
3.	Leprosy cured			Vm
4.	Dwarfism			HM
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low vision	#		
8.	Blindness	#		Foreal dystrophy
9.	Deaf	ε		(BE)
10.	Hard of Hearing	ε		
11.	Speech and Language Disability			
12.	Intellectual Disability			70%
13.	Specific Learning Disability			(Seventy)
14.	Autism Spectrum Disability			
15.	Mental illness			
16.	Chronic Neurological conditions			
17.	Multiple sclerosis			
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thaiasemia			
21.	Sickkle Cell disease			

Dr. Beena Singh
 Incharge NAAC Criteria-II
 PSSOU, CG Bilaspur

(A) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per guidelines (..... number and date of issue of the guidelines to be specified). is as follows:-

In Figures :- 70 percent

In words :- Seventy percent.

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

3. Reassessment of disability is :

(i) not necessary,

or

(ii) is recommended/after 3 Yrs years _____ months, and therefore this certificate shall be valid till (DD) (MM) (YY) _____

@ e.g. Left /right/both arms/legs

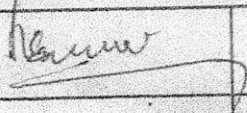
e.g. Single eye

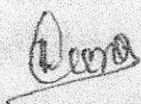
ε e.g. Left /right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence :-

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate


Signature and seal of the Medical Authority.

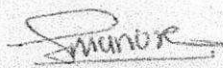
		
Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of Chairperson




Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued

Medical Authority
09/04/21
 District Medical Board
 RAJNANDGAON (C.G.)


 Member
Dr. R. S. Thakur
 E.N.T. Specialist,
 Reg. No. 7827 (B.M.C.)
 Dist. Hospital, Rajnandgaon (C.G.)


 Member
MEMBER,
District Medical Board
RAJNANDGAON (C.G.)


 Chairmen
PRESIDENT,
District Medical Board
RAJNANDGAON (C.G.)

8916

प्ररूप - 2

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगबाध और अंगबाध की दशा में)

(नियम 4 के तहत)

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



Dr. V.S.

Reg. No. 2706
Medical Officer
District Hospital, Durg (C.G.)



**निःशक्त व्यक्ति का हस्त में का
सल्लोई काकर का प्रमाणित
पंटेक्षण (केवल केवल दिखता हुआ)**

प्रमाण पत्र संख्या 8916

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी Pushp Ranjan Soni पुत्र/पुत्री/पुत्री
श्री. Bhavat Lal Soni जन्म की तारीख 12/08/1983
(तारीख/माह/वर्ष) आयु 33 वर्ष, पुरुष/महिला male रजिस्ट्रेशन नं. 13/7267
मकान नं. 7A वार्ड/गांव/गली St. 77, Sector-6 काकर Bhilai
जिला DURG राज्य Chhattishgarh का स्थाई निवासी जिनकी फोटो

ऊपर लगी हुई है की सावधानी पूर्वक जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ की:

- (क) यह मामला Post infection Amputation of both legs
चलन संबंधी निःशक्तता (R) stump 22cm, (L) stump 21cm.
नेत्रहीनता का है
- (ख) कृपया जो लागू हो उसे ठीक का निशान लगाएँ
उनके मामले में निदान Artificial limbs है।
- (ग) उन्हे मार्गदर्शक सिद्धान्तों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 100%
.....% (अंक में) Hundred प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक
क्षति/नेत्रहीनता है।

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

दस्तावेज की प्रकृति
आधार का
CG 2, 2159, 6194

जारी होने की तारीख
07/05/2014

प्रमाण पत्र जारी करने वाले
प्राधिकारी का नाम भारत सरकार

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगुठी की
छाप, जिसके पक्ष में निःशक्तता
प्रमाण पत्र जारी किया गया।

Adv. Inxycle



(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के अधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

Dr. V.S. BAGHEL

M.S. Ortho.
Reg. No. 2706
Medical Officer
District Hospital, Durg (C.G.)

Dr. Beena Singh

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

AA

"प्रारूप-2"

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



Orthop
तारीख 12/07/2017
Bilaspur (C.G.)

प्रमाण पत्र संख्या 96
201117

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी रविंद्र कुमार

पुत्र/पत्नी/पुत्री अमृत लाल जन्म की तारीख 12/07/1994 (तारीख/मास/वर्ष)

आयु 23 वर्ष, पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. _____ मकान नं. _____

वर्ड/गांव/गली शनीगाँव डाकघर शनीगाँव जिला बिलासपुर

राज्य _____ का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और

मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

- चलन संबंधी निःशक्तता CEV (A)
- नेत्रहीनता का है

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

(ख) उनके मामले में निदान low optical m है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 105 (अंक में)

Family file प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

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

दस्तावेज की प्रकृति
3776412015

जारी होने की तारीख

24/117

M. K. Singh
प्रमाण-पत्र जारी करने वाले
Orthopaedic Specialist
प्राधिकारी का पता Hospital
Bilaspur (C.G.)

[Signature]

(उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप जिसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी किया गया)

(अधिकृत चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)
Civil Surgeon Cum Chief Hosp. Superintendent
S.P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

KASTURIYA
9425219447

Dr. Beena Singh Self Attested
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur [Signature]

प्ररूप -4

निःशक्तता प्रमाण पत्र
(प्ररूप 2 और प्ररूप 3 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)



Distl. Hospita
Reg. No.-CGM

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



(निः शक्त व्यक्ति का हाल ही का
पासपोर्ट आकार का सत्यापित
फोटोग्राफ (केवल चेहरा दिखता हुआ)
तारीख : 09/02/2019

प्रमाण पत्र संख्या 11206

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी.....पुत्र/पत्नी/पुत्री
श्री..... जन्म तारीख..... (तारीख/मास/वर्ष)

आयु..... वर्ष, पुरुष/महिला..... रजिस्ट्रेशन नंबर.....

मकान नं..... वार्ड/गांव/गली..... का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो
निल्ला..... राज्य.....

ऊपर लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि यह निःशक्तता का मामला है। इसकी शारीरिक क्षति/निःशक्तता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार (विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है तथा यह निम्नलिखित सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है :-

क्रम सं. निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक निःशक्तता /मानसिक निःशक्तता (% में)
1. चलन संबन्धी निःशक्तता	(@)		40% <i>feeding pump</i>
2. कम दृष्टि	#		
3. दृष्टिहीनता	दोनों आंख		
4. श्रवण क्षति	I		
5. मानसिक मंदता	X		
6. मानसिक रुग्णता	X		

(कृपया जो लागू न हो उसे काट दें।)

2. उपरोक्त स्थिति वर्धनशील /अवर्धनशील है इसमें सुधार होने की संभावना /सुधार न होने की संभावना है।

Beena
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Self Attested
Beena

3. निःशक्तता का पुनर्मूल्यांकन
(एक) आवश्यक नहीं है

या

(दो) 5 वर्ष मास के पश्चात् अनुशांसा की जाती है :
प्रमाण-पत्र दिनांक 28/8 2023 तक
(तारीख) (माह) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां/दाहिना//दोनों भुजाएं/पैर

अर्थात् एक आंख/दोनों आँखें

E अर्थात् बायां/दाहिनां/दोनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण पत्र के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्रां
भूमापन का डीडी	29/01/2015	भारत सरकार
8106-3639-8061		



Vyom

Dr. Vipin
Medical Officer

Dist. Hospital

CGI

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्रां

(चिकित्सा प्राधिकारी, ज
नहीं है के द्वारा जारी प्रमा
मुख्य चिकित्सा अधि
अधीक्षक/सरकारी अ
ब प्रति हस

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे
का निशान, जिसके पक्ष में
निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी
किया गया।

टिप्पणी:- यदि यह प्रमाणपत्र, चिकित्सा प्राधिकारी जो सरकारी सेवा में नहीं है के द्वारा जारी किया जाता है तो :
तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो।

टिप्पणी:- मूल निवासी भारत के राजपत्र में अधिसूचना संख्या एस. में 908 (ई.) तारीख 31 दिसम्बर 1996 ह
किया गया था।

भारत सरकार
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग
नई दिल्ली-110002

"प्रारूप-2"

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

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

तारीख 7.6.18.



संख्या



प्रेषित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी Kee Radha Choudrawesi

पत्नी/पुत्री श्री Nand Keesari Choudrawesi जन्म की तारीख 30-12-1994

वर्ष/मास/वर्ष आयु 23 वर्ष, पुरुष/महिला Female

रजिस्ट्रेशन नं. Ortho Specialist
District Hospital
Distt. Kabiraham (C.G.)

मकान नं. Pandavula वार्ड/गांव/गली Russe

घर Russe जिला Kabiraham राज्य U.P.

स्थायी निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानी पूर्वक जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि:

यह मामला Ambika @ 3rd BPH T Parasit @ U.

- चलन संबंधी निःशक्तता
 - नेत्रहीनता का है
- (कृपया जो लागू हो, उस पर टीक का निशान लगाए)

(ख) उनके मामले में निदान है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 40 %

(अंक में) four प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

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

प्रमाण जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा
U.P. OF INDIA

दस्तावेज की प्रकृति
Adhar card

No -405/3346.7053.

शष्टा

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप जिसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया।

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)
Ortho Specialist
District Hospital
Distt. Kabiraham (C.G.)

शष्टा

प्ररूप-2

निःशक्तता प्रमाणपत्र

(अंगीचोदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

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



प्रमाण पत्र संख्या



यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी

कमल कुमारी

Dr. H. S. Chandel
(Ortho)
C.G.M.C. 3060

पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री

अशोक लाल कुमारी

Medical Officer
Distt: Janjgir-Champa (C.G.)

जन्म की तारीख 29/5/1998

वर्ष, पुरुष/महिला

29/5/1998

रजिस्ट्रेशन नं.

मकान नं. वार्ड/गांव/गली 3

डाकघर

29/5/1998

जिला

राज्य

हृदय संग्रह का स्थाई

निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानी पूर्वक जाँच कर ली है और संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

* चलन संबंधी निःशक्तता

* नेत्रहीनता का है

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

Bilateral pbiavade

(ख) उनके मामले में निदान है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में %
(अंक में) प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

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

दस्तावेज की प्रकृति

जारी होने की तारीख

Dr. H. S. Chandel
C.G.M.C. 3060
Medical Officer
Distt: Janjgir-Champa (C.G.)

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

Handwritten signature in a box.

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/
अंगूठे की छाप जिसके पक्ष
में निःशक्तता प्रमाण पत्र
जारी किया गया।

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

THE UNIVERSITY OF
MICHIGAN LIBRARY
ANN ARBOR, MICHIGAN

Concession Certificate form for orthopaedically handicapped/Paraplegic person/mentally retarded person/
 Totally blind person/total deaf & dumb person.

12

Session : 2021



DR. RAJESH VASTRANAR
 M.B.B.S., D.O.M.D
 Regd. No. COMC - 018/2003
 P.G.M.O. Dist. Hospital JANJIR

Photo/Signature



This is to certify that Ku./Shri/Smt. सुनीता चंडा whose particulars are furnished below is
 a bonafied ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENT'S WHO CANNOT TRAVEL
 WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT
 AN ESCORT/COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON*

- a) Address : मु. पो. - अरवाली, न.ह. - सारागांव, जांजगीर - चम्पा
- b) Father's/Husband's Name : जयगोपाल चंडा
- c) Age : 25
- d) Sex : महिला
- e) Nature of Handicap : (To be written)
by Doctor whether the disability is
 temporary or Permanent : kyphoscoliosis of lumbar spine
- f) Signature of thumb impression
 of the person seeking concession (not necessary for those with
 Both hands missing or non-functional) : _____

Place : अरवाली
 Date : 05-02-2021

(Signature of Government Doctor#)
 Seal containing full name and
 Regn. No. of the Doctor#
 DR. RAJESH VASTRANAR
 M.B.B.S., D.O.M.D
 Regd. No. COMC - 018/2003
 P.G.M.O. Dist. Hospital JANJIR

Clear seal of Government Hospitals#

*Strike out where not applicable
 # For blind person RMP/head of institution for the blind recognized can also issue certificate for blind.

- Note :-**
- 1) The certificate should be issued only to those ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENT'S WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT AN ESCORT/COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON. The Photo must be signed and stamped in such a way that Doctor's signature and stamp appears partly on the photo and partly on the certificate.
 - 2) For Mentally retarded persons/Completely blind persons/Deaf and dumb persons (both affictions together), the certificate will be valid for five years from the date of issue. For temporary disability in the case of orthopaedically/paraplegic persons, the certificate will be valid for 5 years and in case of permanent disability, the certificate will remain valid for (i) five years, in case of persons upto the age of 25 years, (2) ten years, in case of persons in the age group of 26 to 35 years and (3) in case of persons above the age of 35 years, the certificate will remain valid for whole Life of the concerned persons. After expiry of the period validity of the certificate, the person is required to obtain a fresh certificate.
 - 3) Photocopy of this certificate is accepted for the purpose of grant of concession. The original certificate will have to be produced for inspection at the time of purchase of concessional ticket and during the journey, if demanded.
 - 4) No alteration in the form is permitted.

MEMBER
 Dist. Medical Board
 Janjgir-Champa (C.G.)

MEMBER
 Dist. Medical Board
 Janjgir-Champa (C.G.)

PRESIDENT
 Dist. Medical Board
 Janjgir-Champa (C.G.)

Dr. Beena Singh
 Incharge NAAC Criteria-II
 PSSOU, CG Bhaspur



THE UNIVERSITY OF
MICHIGAN LIBRARY
ANN ARBOR, MICHIGAN

प्रारूप-5

दिव्यांगता प्रमाण पत्र
(अंगोच्छेदन या अंगो की पूर्ण स्थाई अंगघात, बौनापन और अंधापन की दशा में)
नियम 18 (1) देखिए
(प्रमाण पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकार, का नाम और पता)



तारीख : **DILIP KUMAR**
M.B.B.S., D.Ortho

Regd.No. CGMC - 018/2003
P.G.M.O. Distt. Hospital JANJGIR

प्रमाणपत्र जारी किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी **असंत कुमार**
श्री **दिलीप राम साहू** जन्म की तारीख **06-01-1992** आयु **26** वर्ष
(तारीख/मास/वर्ष) पुरुष/महिला **पुरुष** रजिस्ट्रेशन नं. **10/08/18** मकान नं. **10/08/18**
वार्ड/गांव/गली **श्रीराम** डाकघर **बड़े रबेली** जिला **जांजगीर चांपा**
राज्य **छ.प्र.** का स्थाई निवासी जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जांच कर
ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :-

(क) यह मामला

चलन संबंधी दिव्यांगता

- बौनापन
- नेत्रहीन का है

(कृपया जो लागू हो, उस पर टीक 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 **100%** (अंक में) **100%** 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
	10/8/18	DR. RAJESH VASTRAKAR M.B.B.S., D.Ortho Regd.No. CGMC - 018/2003 P.G.M.O. Distt. Hospital JANJGIR

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

Beena

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

DR. RAJESH VASTRAKAR
M.B.B.S., D.Ortho
Regd.No. CGMC - 018/2003
P.G.M.O. Distt. Hospital JANJGIR

**FORM-IV
Disability Certificate**

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERT)

(See rule 4)



जिला मेडिकल बोर्ड जिला मेडिकल कॉलेज बालोद (छ.ग.)

Certificate No. 525

Date 01.10.2015

Dr. N.C. Lange
Eye Specialist
Distt. Hospital Balod

01-This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kum. Ramesh Mandavi Son / wife / daughter of

Shri. Ganbhir Ram Date of Birth (DD/MM/YY) 07.01.1993

Age 22 Years, Male/Female Male Registration No. Permanent resident

of House No. Ward/village/Street Tumdikala Post Office

Bhanumara District Balod State CG Whose photograph

is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of High myopia Disability His/her
Corneally 2 deg extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to specified) and is

shown against the relevant disability in the table below :

S.No.	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)
1	Locomotor disability	@		
2	Low vision	#	<u>High myopia</u>	
3	Blindness	Both eyes	<u>Corneally 2 deg</u>	<u>40% (feels)</u>
4	Hearing impairment	E		
5	Mental retardation	X		
6	Mental-illness	X		

(Please strike out the disability which are not applicable)

02-the above condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

03-reassessment of disability is :

(I) Not necessary,

Bhandari

Or

Beena
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bifaspur

Form-IV..Cont...

(II) Is recommended/after..... 03 yrs .. Year..... month, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY)

@ -e.g. Left/Right/both arms/legs

#-e.g. single eye/both eyes

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate
SBI Pass Book	26/11/2013,	Dr. Manoj, SBI Bst. Dhandra Road Deoria

E-e.g. Left/Right/both ears

03 The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Renew validity of blindness certificate for OS (1 eye)

27.7.21

Dr. A.K. Mishra
(Se. Medical Officer)
Distt. Hospital Balod (C.G.)

Dr. A.C. Dunge
(Authorised signature of notified medical authority Name and Seal)
Eye Specialist
Distt. Hospital Balod

Dr. Balod C.G.
President
Medical Board
Distt. Balod (C.G.)
(Countersignature and Seal of the CMO/Medical Superintendent/Head of Government Hospital, in case the certificate is issued by a medical authority who is not a government servant (with Seal))



Note : In case this certificate is issued by a medical authority is not a government servant, is shall be valid only is countersigned by the chief Medical Officer of the District"

Note :- The principal rules were published in the Gazette of india vide notification number S.O. 908 (E) dated the 31st December, 1996.

**CERTIFICATE DISTRICT MEDICAL BOARD
OFFICE OF THE CIVIL SURGEON CUM CHIEF HOSPITAL
SUPERINTENDENT, DISTRICT HOSPITAL BALODA BAZAR
Distt.- Balodabazar-Bhatapara (C.G.)**

Certificate No. 15

Balodabazar, Date 07.04.2015

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

(Not valid for any legal purpose / post-accident Claim)

This is Certify that Shri/ Smt./ Ku. Govind Ram Tandani

Son/ wife/ daughter of Shri. Sant Ram Tandani

Address. Paraswami (Pallari)

Age 27 year Male/ Female

O.P.D. No. 7037

Date 07.04.2015

District Hospital Balodabazar C.G./ 2013,

is a case of PRP (ROLL (H/O))

He/ She is Physically

Disabled / Visual / Speech Hearing disabled and has.....

Fifty % (50%) present) permanent Physical impairment/ Visual

impairment / Speech & Hearing impairment in relation to his / her.....

लोक सेवा गारंटी के अंतर्गत प्रदाय

Note :

01. This condition is progressive / likely / to improve/ not likely to improve *

02. Re-assessment is not recommended / recommended after a period of.....

.....months/ years *

Strike out which is not applicable

Sig. (Doctor)

Seal

Member

District Medical Board

Baloda Bazar Bhatapara (C.G.)

Signature / Thumb imp.

of the patient



Sig. (Doctor)

Seal

Member

District Medical Board

Baloda Bazar Bhatapara (C.G.)

Sig. (Doctor)

Seal

District Medical Board

Baloda Bazar Bhatapara (C.G.)

Sig. Civil Surgeon, Cum
Chief Hospital Superintendent
Baloda Bazar Bhatapara (C.G.)
District Hospital Balodabazar
Dist. - Balodabazar-Bhatapara (C.G.)
President Medical Board

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhatapur

विशेष
करार

विकलांगता प्रमाण - 11

(जिला विकलांग प्रपत्र के अनुसार)

शि विर - बरेली
जिला चिकित्सा मंडल महासमुन्द
क्रमांक दिनांक
जिला मेडिकल बोर्ड महासमुन्द

Dist. Medical Board
No. 2833
Date: 1 DEC 2014
Dist. Hosp. Mahasamund (C.G.)



के सदस्य एवं अध्यक्ष प्रमाणित करते हैं कि हमने
श्री/श्रीमति/कुमारी प्रभाकर साव
आत्मज/आत्मजा/पति अगतेशम साव

उम्र 26 निवास स्थान (करेल) कुदकी बाहर
का व्यक्तिगत रूप से परीक्षण आज दिनांक 1 DEC 2014 को किया है तथा यह प्रमाणित किया
जाता है कि श्री/श्रीमति/कुमारी निम्न
विकलांगता से पीड़ित हैं।

भारत सरकार समाज कल्याण अंत्रालय के बजट नोटिफिकेशन क्रमांक 4-2/83/MW-2

दिनांक 06-08-1983 के अनुसार इनकी विकलांगता प्रतिशत है तथा माइल्ड
मोडरेट/प्रोफाइन्ड (टोटल) विकलांगता की श्रेणी में नहीं आता है (जो लागू न हो उसे काट दें)
यह प्रमाण पत्र जारी होने की तारीख से 3 वर्ष के लिये वैध होगा।

नवीनीकरण
B. Walekar
19.3.2021

[Signature]

Member,
Distt. Medical Board
MAHASAMUND

Member
Distt. Medical Board
MAHASAMUND पहचान चिन्ह :-
19 MAR 2021

[Signature]
11/12/2014

President
अध्यक्ष
Distt. Medical Board
जिला मेडिकल बोर्ड
MAHASAMUND
महासमुन्द

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

प्रभाकर साव
आवेदक के हस्ताक्षर

[Signature]
17.12.14
हस्ताक्षर सदस्य
जिला मेडिकल बोर्ड
MAHASAMUND
विशेष सदस्य

"प्रारूप - 2"

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंगापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



Orthopaedic
District
Bilaspur
6/9/14

प्रमाण पत्र संख्या : 947
619/14

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी राधेश्वर धीर
पुत्र/पत्नी/पुत्री राधेश्वर धीर जन्म की तारीख 28-10-1992 (तारीख/मास/वर्ष)
आयु 23 वर्ष, पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. 30 मकान नं. 30
वार्ड/गांव/गली धरपुर डाकघर धरपुर (झारखण्ड) जिला झारखण्ड
राज्य झारखण्ड का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और
मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

- चलन संबंधी निःशक्तता
- PPAP @ LL

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

(ख) उनके मामले में निदान NO है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 40 (अंक में)

Joint प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नत्रहीनता है।

2 आवेदक के निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-
दस्तावेज की प्रकृति जारी होने की तारीख

6/9/14

Orthopaedic Specialist
District Hospital
Bilaspur (C.G.)

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

(उक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप जिसके
पक्ष में निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी किया गया)

KASTURIYA
942121944

Civil Surgeon Cum Chief Hospital Superintendent
Distt. Bilaspur (Chhattisgarh)

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

APPENDIX 1/38
CONCESSION CERTIFICATE

113
22/9/2010



Form for the purpose of grant of Rail concession Orthopaedically handicapped/Paraplegic persons/Patients to be used by the Government Doctor.

This is to certify that Km./Smt./Shri. [Signature] particulars are furnished below. Is a bonafide Orthopaedically/Handicapped/Paraplegic Person Patient and **CAN NOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT.**

WESGARD
M.S. (OR) No. 4629
Reg. No. 4629
Medical Officer
Govt. B.D.M. Hospital, Champa
Camp Distt. Hospital, JANJGIR
Distt. Janjgir-Champa (C.G.)

- (a) Particulars of the Orthopaedically /Handicapped Paraplegic Person Patient
- (b) Address [Signature]
- (c) Father's/Husband's Name [Signature]
- (d) Sex male
- (e) Age 15 years
- (f) Nature of Handicap (To be written by Doctor) PPPP @ lower limb
What/the disability is Temporary of Permanent
- (g) Causes of loss of functionic capacity 50% Fifth Per Cent
- (g) Signature of Thumb impression of Orthopaedically handicapped/para-plegic person/patient (Not necessary for those whose both hands are missing or non-functional)

PLACE UMRIG
DATE 22/9/2010

[Signature]
Signature of Govt. Doctor
M.S. (OR) No. 4629
Reg. No. 4629
Medical Officer
Govt. B.D.M. Hospital, Champa
Camp Distt. Hospital, JANJGIR
Distt. Janjgir-Champa (C.G.)

Clear Seal of Government Hospital/Clinic

[Signature]
22/9/2010
Member
Dist. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)
Reg. No. MP 3644
Medical Officer
DISTT. HOSPITAL, JANJGIR

[Signature] 22/9/10
Member
Dist. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)
Medical Officer
Reg. No. C.G.M.C. 453/05
Distt. Hospital, JANJGIR

[Signature]
President
Dist. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)

- NOTE:-**
1. The Certificate should be issued only to those Orthopaedically/Handicapped/Paraplegic persons/patients WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT. The photo must be signed and stamped in such a way that Doctor's signature and stamp appears partly on the photo and partly on the certificate.
 2. In the cash of temporary disability, the certificate will be valid for five years from the date of issue. In the case of permanent disability the certificate will remain valid for (1) five years, in cash of persons upto the age of 25 years, (2) ten years, in cash of persons in the age group of 26 to 35 years and (3) in the cash of persons above the age of 35 years, the certificate will remain valid for whole life of the concerned person. After expiry of the period of validity of the certificate; the person is required to obtain a fresh certificate. A photostate copy of this certificate; accepted for the purpose of grant of concessional ticket and during the journey if demanded.
 3. No alteration in the form is permitted.

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Concession Certificate form for orthopaedically handicapped/Paraplegic person/mentally retarded person/ completely blind person/totally deaf & dumb person



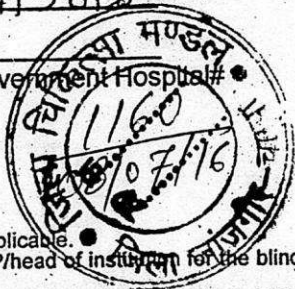
Handwritten signature/initials

a bonafide ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENTS WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT AN ESCORT/COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON* whose particulars are furnished below is

- Particulars
- a) Address : Villa Bhujgaram Post-Jharkhad Pungarh Janjgir-Champa
 - b) Father's/Husband's Name : Mital Prasad
 - c) Age : 24
 - d) Sex : Male
 - e) Nature of Handicap: (To be written by doctor whether the disability is temporary or Permanent) : PPRP @ lower limb 40% forty per cent permanent
 - f) Signature or thumb impression of the person seeking concession (not necessary for those with Both hands missing or non-functional): [Signature]

Place : Bhujgaram
Date : 08/07/2016

Clear seal of Government Hospital#



[Signature]
(Signature of Government Doctor#)
Dr. H.S. Chandel
Seal containing full name and
M.S. (Ortho)
Regn. No. of the Doctor#.
C.G.M.C. 3060
Medical Officer
Govt. Distt Hospital, JANJGIR
Distt: Janjgir-Champa (C.G.)

*Strike out where not applicable.
For blind persons RMP/head of institution for the blind recognized can also issue certificate for blind.

- Note :
- 1) The certificate should be issued only to those ORTHOPAEDICALLY HANDICAPPED/PARAPLEGIC PERSON/PATIENTS WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT/MENTALLY RETARDED PERSON WHO CANNOT TRAVEL WITHOUT AN ESCORT/ COMPLETELY BLIND PERSON/TOTALLY DEAF & DUMB PERSON. The photo must be signed and stamped in such a way that doctor's signature and stamp appears partly on the photo and partly on the certificate.
 - 2) For Mentally retarded persons/Completely blind persons/Deaf and dumb persons (both afflictions together), the certificate will be valid for five years from the date of issue. For temporary disability in the case of orthopaedically/paraplegic persons, the certificate will be valid for 5 years and in case of permanent disability, the certificate will remain valid for (1) five years, in case of persons upto the age of 25 years, (2) ten years, in case of persons in the age group of 26 to 35 years and (3) in case of persons above the age of 35 years, the certificate will remain valid for whole Life of the concerned persons. After expiry of the period validity of the certificate, the person is required to obtain a fresh certificate.
 - 3) Photocopy of this certificate is accepted for the purpose of grant of concession. The original certificate will have to be produced for inspection at the time of purchase of concessional ticket and during the journey, if demanded.
 - 4) No alteration in the form is permitted.

[Signature]
MEMBER MEMBER
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.) Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)

[Signature]
PRESIDENT
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

प्रारूप-5

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

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

नियम 18 (1) देखिए

(प्रमाण पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



DR. RAJESH VASTRAKAR
M.B.B.S., D.ORTHO
Regd. No. CGMC-018/2003
P.G.M.O. Distt. Hospital JANJGIR

तारीख :



प्रमाणपत्र संख्या

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी श्रीमती राजेश्वरी पुत्र/पत्नी/पुत्री
श्री श्री राम राम जन्म की तारीख 15.05.86 आयु 35 वर्ष
(तारीख/मास/वर्ष) पुरुष/महिला पु. रजिस्ट्रेशन नं. 205
वार्ड/गांव/गली 07 डाकघर Janjgir जिला Janjgir
राज्य Chhattisgarh का स्थाई निवासी जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जांच कर
ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :-

(क) यह मामला

- चलन संबंधी दिव्यांगता
- बौनापन
- नेत्रहीन का है

(कृपया जो लागू हो, उस पर टीक 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 15% (अंक में) Joint limb and 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
	<u>12/11/2021</u>	

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

[Signature]
MEMBER
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)

[Signature]
MEMBER
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa (C.G.)

[Signature]
Self Atte
[Signature]

[Signature]
(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)
DR. RAJESH VASTRAKAR
M.B.B.S., D.ORTHO
Regd. No. CGMC - 018/2003
P.G.M.O. Distt. Hospital JANJGIR

[Signature]
PRESIDENT
Distt. Medical Board
Janjgir-Champa [C.G.] Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

IDENTITY CARD FOR PERSON WITH DISABILITIES
व्यक्तिगत जन के लिए परिचय पत्र
Identity Card of District Disability Certificate

राज्य कोड/जिले का नाम/ District Code/Block No. **LD** **001128**
 नि:शक्तता कोड/ Disability Code **001128**
 परिचय पत्र क्रमांक/ Identity Card No. **30-03-05**

उत्प्रेषण की तिथि/ Issue Date **30-03-05**
 उप TO/वैद्यता तिथि/ Validity Date
 or children below 18 years of age)
 से कम आयु के बच्चे के लिए)
 नाम/ Name **श्री अग्रवाल**
 (Brith/ जन्म तिथि/ Birth Date)
 शक्ति/ Disability **अधिकांश शक्ति**
 का प्रकार/ Type of Disability
 प्रमाणित अधिकारी/ प्रमाणित अधिकारी का नाम एवं सील/ Certified Officer's Name & Seal

DATE



Recent color photograph showing Disability affixed here

FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES
 This to certify that **Shri/Smt. Kum Omprakash**
Son/wife/daughter of Shri Agharu is a case of
 Age **11 yrs** old male/ female, Registration No _____ He/ She is
45% def to
 physically disabled/visual disabled/speech & hearing disabled and has _____
 percent) permanent (physical impairment / visual impairment/speech & hearing impairment) in
 relation to his/her permanent/ Temporary disability.

Note :

1. This condition is progressive / non-progressive/ likely to improve/ not likely to improve *
2. Re-assessment is not recommended/ is recommended after a period of _____ months/years *

* Strike out which is not applicable.

श्री अग्रवाल
 Signature/ Thumb impression
 of the PWD

Doctor
 (Seal)

Dr. P. Pandey
 Doctor
 (Seal)
 District Medical Board
 Dhamtari (C. G.)

Dr. Beena Singh
 Signature & Seal
 of the President
 District Medical Board
 District Dhamtari (C. G.)

Dr. Beena Singh
 Incharge NAAC Criteria-II
 PSSOU, CG Bhaspur

**CERTIFICATE DISTRICT MEDICAL BOARD
OFFICE OF THE CIVIL SURGEON CUM CHIEF HOSPITAL
SUPERINTENDENT, DISTRICT HOSPITAL BALODA BAZAR
Distt.- Balodabazar-Bhatapara (C.G.)**

Certificate No. 1874 Camp Kasal
Balodabazar, Date 20.12.17

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

(Not valid for any legal purpose / post-accident Claim)

This is Certify that Shri/ Smt./ Ku. Surendra Kumar Paikara

Son/ wife/ daughter of Shri. Chitranjan Paikara
Address Deorikala Age 22 year Male/ Female

O.P.D. No. _____ Date 20.12.17 District Hospital Balodabazar C.G./ 2013,

is a case of PPRL (P) loose limb He / She is Physically
Disabled / Visual / Speech Hearing disabled and has

60 % (present) permanent Physical impairment/ Visual
impairment / Speech & Hearing impairment in relation to his / her

लोक सेवा गारंटी के अंतर्गत प्रदाय आ. नं. 5938 2129 4970

Note :

- 01. This condition is progressive / likely / to improve/ not likely to improve *
- 02. Re-assessment is not recommended / recommended after a period of _____
_____ months/ years *

Strike out which is not applicable

[Signature]
Sig. (Doctor)
Seal
District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)

[Signature]
Sig. (Doctor)
Seal
Member
District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)

[Signature]
Sig. (Doctor)
Seal
Member
District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)

[Signature]
Signature / Thumb imp.
of the patient



[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

[Signature]
Member
District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)

[Signature]
20/12/17
President
District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)
Sig. Civil Surgeon, Cum
Chief Hospital Superintendent
District Hospital Balodabazar
Dist.- Balodabazar-Bhatapara (C.G.)
President Medical Board

6
7
8
9
11
12
13
14
Fee
Tot:
Trar
I hereb

**CERTIFICATE DISTRICT MEDICAL BOARD
OFFICE OF THE CIVIL SURGEON CUM CHIEF HOSPITAL
SUPERINTENDENT, DISTRICT HOSPITAL BALODA BAZAR**

Distt.-Balodabazar-Bhatapara (C.G.)



Certificate No.

Balodabazar, Date.....

19/9/17

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

(Not valid for any legal purpose / post-accident Claim)

This is Certify that Shri/ Smt./ Ku. Rakesh Kumar Pandan

Son/ wife/ daughter of Shri. Amit Pandan

Address..... Harinbhabha

Age 27 year Male/ Female

O.P.D. No. 45760

Date

19/9/17

District Hospital Balodabazar C.G./ 201

is a case of: PPRP (P) Green Card

He / She is Physica

Disabled / Visual / Speech Hearing disabled and has.....

40 % (forty present) permanent Physical impairment/ Visu

impairment / Speech & Hearing impairment in relation to his / her.....

लोक सेवा गारंटी के अंतर्गत प्रदाय

Note :

01. This condition is progressive / likely / to improve/ not likely to improve * Adhar - 6542-2854-372

02. Re-assessment is not recommended / recommended after a period of.....

months/ years *

Strike out which is not applicable

[Signature]
Member

District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)
Seal

[Signature]
Member

District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara (C.G.)
Seal

[Signature]
Member

District Medical Board
Baloda Bazar-Bhatapara
Seal

Signature / Thumb imp.
of the patient



[Signature]

[Signature]
President 192

District Medical Board
Sig. Civil Surgeon, Cum
Chief Hospital Superintendent
District Hospital Balodabazar
Balodabazar-Bhatapara (C.G.)
President Medical Board

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

FORM-IV
Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

(See rule 4)

न्यायकीय उद्देश्य के लिये नहीं
Not For Judiciary Purpose

जिला मेडिकल बोर्ड जिला चिकित्सालय बालोद (छ.प्र.)



Dr. R. K. Mundle
Ortho Specialist
District Hospital Balod.
Reg. No. 4926.

Certificate No. 107

Date 07-03-19

01-This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kum. Gihana Ram Sahu

Son / wife / daughter of Shri. Dev Prasad Sahu

Shri. Dev Prasad Sahu

Date of Birth (DD/MM/YY) 10/14/1981

Age 37 Years, Male/Female male Registration No. _____ Permanent resident

of House No. 93 Ward/village/Street Kharthuli w.N.13 Post Office

Baghmara District Balod State Chhattisgarh Whose photograph

is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of PPRP: RDL-L disability His/her

Extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to specified) and is

shown against the relevant disability in the table below :

S.No.	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)
1	Locomotor disability	@ <u>RDL-L</u>	<u>PPRP</u>	<u>RDL-L</u>
2	Low vision	#		
3	Blindness	Both eyes		<u>40% Post 4</u>
4	Hearing impairment	E		
5	Mental retardation	X		
6	Mental-illness	X		

(Please strike out the disability which are not applicable)

02-the above condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

03-assessment of disability is :

(i) Not necessary,

Permanent

Or [Signature]

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

(II) Is recommended/after 5 yrs (Five) Year..... month, and therefor this certificate shall be valid till (DD/MM/YY)

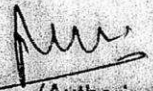
@-e.g. Left/Right/both arms/legs


#-e.g. single eye/both eyes


Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate
<u>Other card</u>	<u>02/03/19</u>	<u>D.H. Balod</u>

E-e.g. Left/Right/both arms/legs

03 the application has submitted the following document as proof of residence :-


(Authorised signatory of notified medical authority
Dr. R. R. Mandle Name and Seal)
Ortho Specialist
Dist. Hospital Balod
Reg. No. 4926


President
Medical Board
Dist. Balod (C.G.)
{Countersignature and Seal of the
CMO/Medical Superintendent/Head of
Government Hospital, in case the
certificate is issued by a medical
authority who is not a government servant
(with Seal)


Signature/Thumb
impression of the
Person in whose
favour disability
certificate Issued.

Note : In case this certificate is issued by a medical authority is not a government servant, is shall be valid only is countersigned by the chief Medical Officer of the District"

Note :- The principal rules were published in the Gazette of india vide notification number S.O. 908 (E) dated the 31st December, 1996.

"प्रारूप-2"

निःशक्तता प्रमाण-पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिये)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



Orthopaedic Surgeon
R. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

तारीख : 06-09-16

प्रमाण पत्र संख्या 1054
1619116

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी ... मनीष ...

पुत्र/पत्नी/पुत्री ... (जन्म की तारीख ... 04-03-1985 (तारीख/मास/वर्ष)

आयु ... 31 ... वर्ष, पुरुष/महिला ... रजिस्ट्रेशन नं. ... मकान नं. ...

वार्ड/गांव/गली ... डाकघर ... जिला ...

राज्य ... का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और

में संतुष्ट हूँ कि :

- (क) यह मामला
 - चलन संबंधी निःशक्तता
 - नेत्रहीनता का है
- (ख) उनके मामले में निदान ... RRP Right lower limb.
- (ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में ... 70 % (अंक में) ... प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

2. आवेदक के निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये हैं :-
दस्तावेज की प्रकृति ... जारी होने की तारीख ...

31/09/2015

प्रमाण-पत्र जारी करने वाले
Orthopaedic Surgeon,
R. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

Dr. Beena Singh

[Signature]

यह प्रमाणित किया जाता है कि ...

यह प्रमाणित किया जाता है कि ...
Civil Surgeon Cum Child Hosp. Superintendent
R. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

[Signature]

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

"प्रारूप-2"

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



Orthopedic Surgeon,
S. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

तारीख :

प्रमाण पत्र संख्या : 389
2013118

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी निर्मल कुमार दुबे
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री विनीय कुमार दुबे जन्म की तारीख 7/12/1999 (तारीख/मास/वर्ष)
आयु 14 वर्ष, पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. मकान नं.
वार्ड/गांव/गली दोशमार् डाकघर करसीकुवा जिला बिलासपुर
राज्य छत्तीसगढ़ का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और
मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

Dorsal dextor kyphoscoliosis

- चलन संबंधी निःशक्तता
- नेत्रहीनता का है

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

- (ख) उनके मामले में निदान है।
- (ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 45 (अंक में)
forty five प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।
2. आवेदक के निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति

जारी होने की तारीख

प्रमाण-पत्र जारी करने वाले

Sumit

Orthopedic Surgeon,
S. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

निर्मल कुमार दुबे

Civil Surgeon Cum Chief Hosp. Superintendent
S. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

(अधिकृत चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

(उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप जिसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी किया गया)

KASTURIYA
8871622882

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

प्रारूप - 7

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(प्रारूप 5 एवं 6 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम और पता)
नियम 18 (1) देखिए



Orthopedic
C. P. Hospital

प्रमाण पत्र संख्या : 207

13/7/21

13/07/2021

यह प्रमाणित किया जातू है कि मैंने श्री/श्रीमती /कुमारी नरेश कुमार पुत्र
/पत्नी/ पुत्री श्री सुलचंद्र जन्म की तारीख 01/12/1998 आयु 23
.....वर्ष (तारीख /मास/वर्ष) पुरुष /महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नंबर
मकान नंबर 78 वार्ड /गांव /गली वरतारी /03 डाकघर वरतारी
.....जिला बिहार राज्य दरभंगा का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो उपर लगी हुई है की
सावधानीपूर्वक जांच कर ली है तथा मैं इस बात से सतुष्ट हूँ कि यह आंशिक दिव्यांगता का
मामला है इसकी शारीरिक क्षति /दिव्यांगता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार (.....
..... मार्गदर्शक की संख्या और जारी करने की तिथि विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है। तथा
यह निम्नलिखित सारणी में दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है :-

क्र.	दिव्यांगता	भारीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी भारीरक दिव्यांगता /मानसिक दिव्यांगता (%में)
1.	चलन संबंधी दिव्यांगता			
2.	मंसपे गीय दुर्विकास			
3.	ठीक किया हुआ कशह			
4.	प्रनरितरशट घात			
5.	अम्ल हमले की पीड़ित			
6.	कम दृशिल	#		
7.	वधिर	£		
8.	श्रवण क्षति	£		
9.	वाक और भाशा दिव्यांगता			
10.	बौद्धिक दिव्यांगता			
11.	विशिशट िक्षण दिव्यांगता			
12.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर			
13.	मनसिक रूग्णता			
14.	क्रोनिक स्त्रायविक स्थिति			
15.	कुल काठिन्य			
16.	पार्किन्सन रोग			
17.	होमोफिलिया			

स्वप्रमाणित

Dr. Beena Singh

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bihar

18.	थेलसीनिया		
19.	सिकल सेल रोग		

जो लागू न हो उसे काट दें।

2. उपरोक्त रिथिति वर्धनशील/अवर्धनशील/ इसमें सुधार होने की संभावना /सुधार न होने की संभावना है।

3. दिव्यांगता का पुर्नमुल्यांकन

(1) आवश्यकता नहीं है।

या

(2) वर्ष मास के पश्चात सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण पत्र तक विधिमान्य रहेगा।

(तारीख) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां /दाहिना /दोनों मुजाए /पैर

अर्थात् एक आंख /दोनों आंखें

£ अर्थात् बायां /दाहिना /दोनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्योरा
31/01/2015		

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर /अंगुठे की छाप जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी होना है।

Bughel

bonu
**Civil Surgeon-cum-Case
 Hospital Superintendent
 Hospital Bikaner (C.G.)**

(अधिसूचना चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)

Dr. P. H. ...
P. F. Hospital Bikaner (C.G.)

(चिकित्सा अधिकारी जो सरकारी सेवक नहीं है, के द्वारा जारी प्रमाण पत्र की दशा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधीक्षक/सरकारी अस्पताल के प्रधान का प्रति हस्ताक्षर और मोहर)

टिप्पणी : यदि यह प्रमाण पत्र चिकित्सा अधिकारी जो सरकार सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो। उस व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगुठे की छाप जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी होना है।

कन्नक फोटो कापी शारदा भोजनालय के बगल में जिला अस्पताल के पास बिलासपुर (छ ग)

प्रारूप-7

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(प्रारूप 5 एवं प्रारूप 6 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)
(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)
नियम 18 (1) देखिए



Handwritten notes and signatures around the photo.

प्रमाण-पत्र संख्या : 2876

तारीख

13/11/19

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी.....
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री..... जन्म की तारीख 13/10/1992 आयु 24
..... वर्ष (तारीख/मास/वर्ष) पुरुष/महिला..... रजिस्ट्रेशन नं..... मकान नं.....
..... वार्ड/गांव/गली..... डाकघर..... जिला.....
राज्य..... का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर
ली है तथा मैं इस बात से संतुष्ट हूँ कि यह..... दिव्यांगता का मामला है। इसकी शारीरिक
क्षति/दिव्यांगता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार (..... मार्गदर्शक की संख्या और जारी करने की
तिथि विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है तथा यह निम्नलिखित सारणी में दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है:-

क्र.	दिव्यांगता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक दिव्यांगता/मानसिक दिव्यांगता (%में)
1.	चलन संबंधी दिव्यांगता	@		fully part
2.	मांसपेशीय दुर्बिकार			
3.	ठीक किया हुआ कुष्ठ			
4.	प्रमस्तिष्क घात			
5.	अम्ल हमले की पीड़ित			
6.	कम दृष्टि	#		
7.	बधिर	£		
8.	श्रवण क्षति	£		
9.	वाक और भाषा दिव्यांगता			
10.	बौद्धिक दिव्यांगता			
11.	विशिष्ट शिक्षण दिव्यांगता			
12.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर			
13.	मानसिक रुग्णता			
14.	क्रोनिक स्त्रायविक स्थिति			
15.	बहुल काठिन्य			
16.	पार्किन्सन रोग			
17.	हीमोफीलिया			

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page.

18.	थैलसीमिया			
19.	सिकल सेल रोग			

जो लागू न हो उसे काट दें ।

2. उपरोक्त स्थिति वर्धनशील / अवर्धनशील / इसमें सुधार होने की संभावना / सुधार न होने की संभावना है ।

3. दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन

(1) आवश्यकता नहीं है ।

या

(2) वर्ष मास के पश्चात् सिफारिश की जाती है और इसलिए यह तक विधिमान्य रहेगा ।

(तारीख) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां / दाहिना / दोनों भुजाएं / पैर

अर्थात् एक आँख / दोनों आँखें

£ अर्थात् बायां / दाहिना / दोनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा
आधार कार्ड		
314657280680		

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

Orthopaedic Surgeon,
C. P. Hospital, Bilaspur (C.G.)

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)

(नाम और माहुर)

प्रति हस्ताक्षर

(चिकित्सा अधिकारी जो सरकारी सेवक नहीं है, के

द्वारा जारी प्रमाण पत्र की क)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा

अधीक्षक / सरकारी अस्पताल के प्रधान

प्रतिहस्ताक्षर और

टिप्पणी : यदि यह प्रमाण पत्र चिकित्सा अधिकारी, जो सरकारी सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य नहीं होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो ।

Mishra

Civil Surgeon-cum-Chief
Hospital Superintendent
Dist. Hospital Bilaspur (C.G.)

DISABILITY CERTIFICATE
DISTRICT MEDICAL BOARD

Bilaspur

Certificate No. 200

Date 31/07/08



Recent attested Photograph showing the disability
(निता प्रमाणित चित्र)

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Shri/Smt./Kum. Jatendra Kumar Sahu
Son/Wife/Daughter of Shri Bhola Ram Sahu
Age 12 old male/female, Registration No 18
44% hearing impaired. He/She is
physically disabled / visual disabled / speech hearing disabled and has 44% %
(Partly percent) permanent (physical impairment/visual impairment/speech & hearing
impairment) in relation to his/her permanent / Temporary disability.

Note :

1. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.*
2. Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ month/years.*

* Strike out which is not applicable

[Signature]
Signature/Thumb impressions
of the PWD

[Signature]
Doctor
(Seal)
नाक, केंद्र, बिलासपुर
जिला चिकित्सालय
बिलासपुर (ए.पी.)

[Signature]
Doctor
(Seal)
नाक, केंद्र, बिलासपुर
जिला चिकित्सालय
बिलासपुर (ए.पी.)

Doctor
(Seal)

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

[Signature]
Signature & Seal
of the Chairman
District Medical Board
District.....

[Signature]

“प्रारूप-2”

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

निःशक्तता - बुलेना
दिनांक 14-7-16



डॉ. ए. ए. सिंह

जिला चिकित्सालय, बिलासपुर

14-7-16

प्रमाण-पत्र संख्या :

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री / श्रीमती / कुमारी अशोक कुमारी

पुत्र / पत्नी / पुत्री / राजेश कुमार जन्म की तारीख 14-7-16 (तारीख / मास / वर्ष)

आयु 25 वर्ष, पुरुष / महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. 14-7-16 मकान नं. 14-7-16

वार्ड / गांव / गली राजेश गांधी नगर डाकघर अशोक नगर जिला बिलासपुर

राज्य छत्तीसगढ़ का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर

ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

● चलन संबंधी निःशक्तता । PPAP DLI

● नेत्रहीनता का है।

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

(ख) उनके मामले में निदान No है ।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 70 %

(अंक में) Seventy प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति / नेत्रहीनता है।

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

दस्तावेज की प्रकृति राज्य पत्रिका

जारी होने की तारीख 14-7-16

M. S. Singh
प्रमाण (पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का हस्ताक्षर)
जिला चिकित्सालय, बिलासपुर (छ.प्र.)

Aslog

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

(उस व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप जिसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी किया)

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

M. S. Singh
Civil Surgeon
Cum Chief Hospital Superintendent
Dist. Bilaspur (Chhattisgarh)

अ-व प्रम. वि. वि.
[Signature]



Form - VII
Certificate of Disability

(In case other than those mentioned in Form V and VI)
[See rule 18(1)]
District Disability Board, Durg (C.G.)



डॉ. अमिता देवदल
ने. विशेषज्ञ
जिला विक्रमोद्योग एवं
उद्योग सं. 7542

Certificate No. 145211

Date 26/02/2021

This is to certify that I/We have carefully examined

Shri/Smt./Ku. Dehuti Sahu

Son/Wife/D/o of Shri Lukesh Kumar Sahu Date of Birth (DD/MM/YY) 06/06/1983

age 37 years, Male/Female registration No. 714275 Permanent Resident of -

House No. _____ Ward/Village/Street Bamshwari Colony Post Office DURG

District DURG State Chhattisgarh Bursi DURG whose photograph is affixed above, and am satisfied

that he/she is a case of _____ disability. His/Her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (The Gazette of India, Part-II, Sec.3(i), 61 Dtd/-5th January 2018) and is shown against the relevant disability in the table below :-

Sl. No	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent Physical Impairment/mental disability (in %)
01	Locomotor disability	@		
02	Muscular Dystrophy			
03	Leprosy cured			
04	Cerebral Palsy			
05	Acid Attack Victim	#		6/24 NI
06	Low Vision	#	NA	
07	Deaf	£		HM+
08	Hard of Hearing	£	(BE) Ischaemic disc	
09	Speech and Language Disability		with disc oedema	
10	Intellectual Disability		post head injury	
11	Specific Learning Disability			
12	Autism Spectrum Disorder			
13	Mental illness		Disa-40%	permanent
14	Chronic Neurological Conditions			
15	Multiple Sclerosis			
16	Parkinson's Disease			
17	Haemophilia			
18	Thalassemia			
19	Sickle Cell Disease			

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur


D Sahu

2. The above condition is progressive / Non progressive / likely to improve / non likely to improve.
3. Reassessment of disability is :
- i) Non necessary, or
- ii) Is recommended after 05. Five years month, and therefore this certificate shall valid till 25/02/2026 DD/MM/YY 2026
- @ e.g. Left / Right / Both Arm / Legs
e.g. Single Eye
£ e.g. Left / Right / Both ears

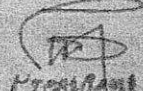
4. The applicant has submitted the following documents as proof of residence :-

Nature of Document	Date of Issue	Details of Authority Issuing Certificate
Advertiser Card No 1 5728, 4398, 2532	—	Govt. of India

5. Signature and seal of Medical Authority


डा. अल्पना अग्रवाल
Name & Seal of Member

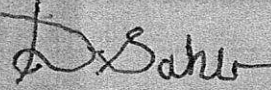

अ. रमेश शर्मा
Name & Seal of Member


President
District Medical Board
Name & Seal of Chairperson

जिला चिकित्सालय, दुर्ग
पंजीयन क्र. 7542

जिला चिकित्सालय
रजिस्ट्रेशन क्रमांक 5940

Signature & Thumb
impressions of the person
whose certificate
of disability is issued





शासकीय कोमलदेव जिला चिकित्सालय
कांकेर जिला कांकेर (छ.ग.)

विकलांगों के लिए विकलांगता प्रमाण-पत्र

हम जिला चिकित्सा मण्डल कांकेर
के सदस्य यह प्रमाणित करते हैं कि हमने श्री/कुमारी/श्रीमति वीणा तिवारी
आत्मज/आत्मजा/पिता श्री कशीलाल तिवारी
उम्र २२ को व्यक्तिगत रूप से परीक्षण आज दिनांक २४/०५/२०१३ को किया है और वयों कि
श्री/कुमारी/श्रीमति वीणा तिवारी निम्नलिखित विकलांगता से पीड़ित है
BK Amputation R) LL PSSU Member
(No. 320)

इसका अर्थ है कि शासकीय सेवा में कार्य करने हेतु यह प्रमाण पत्र दिया जा रहा है। शासकीय सेवा में कार्य करने हेतु यह प्रमाण पत्र धारी शारीरिक रूप से सक्षम है।
यह प्रमाण पत्र जारी करने की तारीख से दो वर्ष तक के लिये वैध रहेगा।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी वीणा तिवारी
शासकीय सेवा में कार्य करने हेतु यह प्रमाण पत्र दिया जा रहा है। शासकीय सेवा में कार्य करने हेतु यह प्रमाण पत्र धारी शारीरिक रूप से सक्षम है।

यह प्रमाण पत्र जारी करने की तारीख से दो वर्ष तक के लिये वैध रहेगा।

प्रहचान चिन्ह Permanent
अभ्येदक के हस्ताक्षर Shivani



Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Member
Distt. Medical Board
K. D. Hosp. Kanker

True Copy

Katarhara
28/5/13

Shivani
8/05/2013
Distt. Medical Board
K. D. Hosp. Kanker

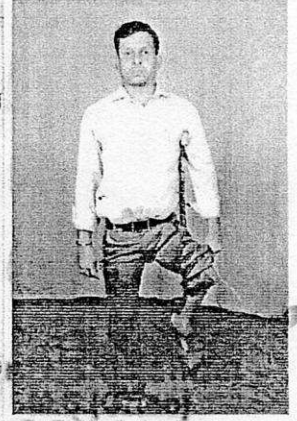
Shivani
28/5/13
Member
Distt. Medical Board
K. D. Hosp. Kanker
self Attested
Shivani
8/11/2021

प्रारूप-5

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूर्ण रथाई अंगघात, बौनापन और अंधापन की द
नियम 18 (1) देखिए

(प्रमाण पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता



D

C.G.M.C.3060

Medical Officer

Govt. Dist Hospital, JANJGIR

Dist: Janjgir-Champa

तारीख :



प्रमाणपत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी बो. कुल पुत्री
श्री प. रत जन्म की तारीख 01.07.1985 आयु 33 वर्ष
(तारीख/मास/वर्ष) पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. 54
वाड/गांव/गली चंदी डाकघर बालपुर जिला जान्जिर-चम्पा
राज्य छत्तीसगढ़ का स्थाई निवासी जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जांच कर
ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि :-

(क) यह मामला

- चलन संबंधी दिव्यांगता ✓
- बौनापन
- नेत्रहीन का है

(कृपया जो लागू हो, उस पर टीक 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 50% (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 ब्योरा
	<u>20/7/18</u>	

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

[Signature]

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

[Signature]
Dr. H.S. Chandel
C.G.M.C.3060
Medical Officer
Govt. Dist Hospital, JANJGIR
Dist: Janjgir-Champa (C.G.)

13392

प्ररूप-4

निःशक्तता प्रमाणपत्र (प्ररूप 2 और प्ररूप 3 में उल्लेखित मामलों के अतिरिक्त)

प्रमाणपत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता
(नियम 4 देखिए)



(निःशक्त व्या
आकार व
(केवल

जिला चिकित्सालय, ...
तारीख: 23/08/2017



प्रमाणपत्र संख्या 13392

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी उमा भारती
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री नरेंद्र कुमार साहू जन्म तारीख 18/10/1992 (तारीख/मास/वर्ष)

आयु 26 वर्ष, पुरुष/महिला महिला रजिस्ट्रेशन नं. 11/2625 मकान नं. 552
वार्ड/गाँव/गली हथरवाज डाकघर बी.एम.वाय. चरडी जिला डी
राज्य उत्तराखण्ड का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली।

और मैं संतुष्ट हूँ कि यह निःशक्तता का मामला है। इसकी शारीरिक
क्षति/निःशक्तता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार (विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है तथा यह निम्नलिखित

सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है :-

क्र. सं.	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक निःशक्तता/ मानसिक निःशक्तता (%)
1.	चलन संबंधी निःशक्तता	@		
2.	कम दृष्टि	#		
3.	दृष्टि हीनता	दोनों आँखें		
4.	श्रवण क्षति	Σ		
5.	मानसिक मंदता	X		
6.	मानसिक रुग्णता	X		

(कृपया जो लागू न हो उसे काट दें)

2. उपरोक्त स्थिति वर्धनशील/अवर्धनशील है, इसमें सुधार होने की संभावना/सुधार न होने की संभावना है।

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Obsahy
self

डॉ. बी. आर. घोष
जीएन जिला चिकित्सालय,
द. छ. 1884

3. निःशक्तता का पुनर्भूल्यांकन

(एक) आवश्यक नहीं है

या
(1) 05 (पाँच) वर्ष मास के पश्चात् अनुशंसा की जाती है और इसलिये प्रत्येक
प्रमाण-पत्र दिनांक 22 08 2024 तक विधिमान्य होगा।
(तारीख) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां/दाहिनां/दोनों भुजाएं/पैर

अर्थात् एक आँख / दोनों आँखें

Σ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति

जारी होने की तारीख

प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का व्यौरा

आधार कार्ड
8433, 0001, 4041

भारत 1191R



(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)

डॉ. वी. आर. कासरिय
(नाम और मोहर)

जिला चिकित्सा अधिकारी, जहानाबाद
ई. नं. 1594

प्रति हस्ताक्षर

(चिकित्सा प्राधिकारी, जो सरकारी सेवक नहीं है, के द्वारा जारी प्रमाणपत्र की दशा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधीक्षक/सरकारी अस्पताल के प्रधान व प्रति हस्ताक्षर और मोहर

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
जिसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाणपत्र
जारी किया गया

टिप्पणी : यदि यह प्रमाणपत्र, चिकित्सा प्राधिकारी जो सरकारी सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो।

टिप्पणी : मूल नियम भारत के राजपत्र में अधिसूचना संख्या एस. में 908 (ई.) तारीख 31 दिसम्बर 1996 द्वारा प्रकाशित किया गया था।

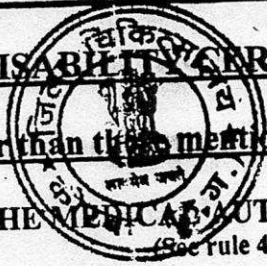
INDIRA GANDHI DISTRICT HOSPITAL KORBA (C.G.)

021-22

DISABILITY CERTIFICATE

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)



(Sec rule 4)

26/11/2021

Date:



E)

Certificate No. 713

Dr. Ghanshyam
M.B.B.S. (D.M.)
CGMC Reg. No. 10000
Orthopaedic Surgeon
District Hospital Korba (C.G.)

Certificate Issued By Dr G Diwan

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. Savitri Manjhi
/wife/daughter of Shri. Milun Ram Manjhi Date of Birth (DD/MM/YY) 27/06/1954
31 years, male/female female Registration No 2021-0-091213 permanent resident of House No. 100
Ward/Village/Street Tarada Post Office Tarada District Korba State Chhattisgarh

Whose photograph is affixed above and am satisfied that he/she is a case of paralysis disability
The extent of percentage physical impairment disability has been evaluated as per guidelines to be specified
is shown against the relevant disability in the table below:-

S. No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
	Locomotor disability		<u>paralysis</u>	<u>40%</u>
	Low vision	#	<u>paralysis</u>	<u>paralysis</u>
	Blindness	Both Eyes	<u>paralysis</u>	<u>paralysis</u>
	Hearing impairment	£		
	Mental retardation	X		
	Mental-illness	X		

स्वमाता
Ruchi

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

**DISTRICT MEDICAL BOARD
OF CIVIL SURGEON CUM CHIEF HOSPITAL
IN-CHARGE, DISTRICT HOSPITAL RAIPUR (C.G.)**

Certificate No. 1305
23-9-08

Raipur Dated 23/9/08

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Shri / Smt. / Mr. / Purna ram
Son / wife / daughter of Shri Ramadhas Address Koni (Banjar)
Bhatapara Age 21 yrs. Old Male / female, O.P.D. No
31529 /03 is a case of
Geethi about 21 years old He / She is Physically
disabled / Visual disabled / Speech & Hearing disabled and has Joint Pain
100% % (65% Percent) permanent (Physical impairment
visual impairment / speech & hearing impairment in relation to his / her Joint Pain

Note :

1. This condition is progressive / likely to improve / not likely to improve *
2. Re-assessment is not recommended / recommended after a 7 period of
7 months / years. *

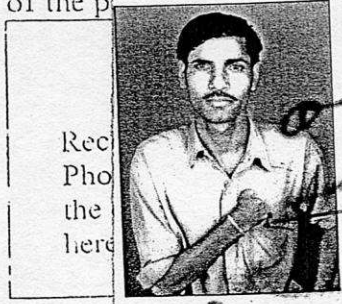
* Strike out which is not applicable

Dr.
Member,
District Medical Board,
Distt. Hospital Raipur.(C.G.)

Dr. Arun
Member,
District Medical Board,
Distt. Hospital Raipur.(C.G.)

Dr. D. C. W.
Member,
District Medical Board,
Distt. Hospital Raipur.(C.G.)

Dr. Yadu
Signature / Thumb impression
of the patient



Dr. Beena Singh
President,
District Medical Board,
Distt. Hospital Raipur.(C.G.)

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

Dr. Beena Singh
Member,
District Medical Board,
Distt. Hospital Raipur.(C.G.)

Dr. Beena Singh

Rec
Pho
the
here



Department of Empowerment of Persons with Disabilities,
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Disability Certificate

Issuing Medical Authority, Jashpur, Chhattisgarh



Certificate No.: CG0310619840022675

Date: 28/01/2014


This is to certify that I/We have carefully examined Shri **Wasim** Son of Shri **Shano** Date of Birth **25/03/1984** Age **34** Year(s) Male, Registration No. **2203/00000/1807/1244072** resident of House No. **Lodam, Lodam, Jashpur - 496338** Sub District **Jashpur** District **Jashpur** State / UTs **Chhattisgarh** Whose photograph is affixed above, and I/We satisfied that:

- (A) He is a case of Locomotor Disability
(B) The diagnosis in his case is **locomotor disability**

(C) He has **50%**(in figure) **Fifty** percent(in words) Permanent in relation to his (part of body) as per guidelines (to be specified).

The applicant have been submitted the following document(s) as proof of residence

Nature of Document(s): Aadhaar card


Signature/Thumb / (हस्ताक्षर)

Signature / Thumb impression of the Person With Disability

Signatory of notified Medical Authority Member

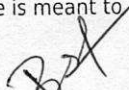


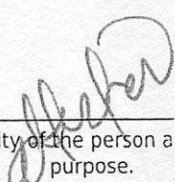
Issuing Medical Authority, Jashpur, Chhattisgarh

CHAIRMAN

District Medical Board
Jashpur (Chhattisgarh)

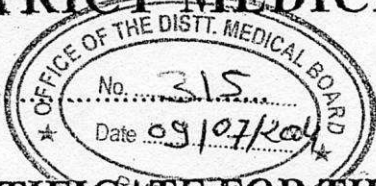
This Card/Certificate is meant to certify the disability of the person and is not an instrument for ID/Address Proof for any purpose.


Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur


प्राचार्य
सयुक्त एकलव्य आदर्श आवासीय विद्यालय धोलैंग
जिला-जशपुर (छ.ग.)

DISTRICT HOSPITAL RAIPUR (C.G.)
DISTRICT MEDICAL BOARD RAIPUR (C.G.)

Certificate No



Raipur Dated :

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Shri / Smt. / Kum. / Rajeev Singh
Son / wife / daughter of Shri Deela Ram Age 12 yrs. old
male / female, O.P.D. No. / 03 is a case of Tuberculosis
at the absorption of the 2nd & 3rd He / She is Physically disabled /
Visual disabled / Speech & Hearing disabled and has 25 % (Twenty
five Percent) permanent (Physical impairment / visual impairment / speech & hearing
impairment) in relation to his / her Lower limb

Note :

- 1. This condition is progressive / likely to improve / not likely to improve*
- 2. Re-assessment is not recommended / recommended after a period of months / years.*

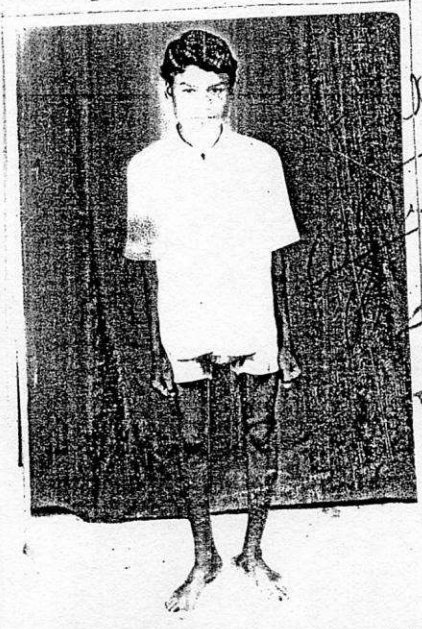
*Strike out which is not applicable

[Signature]
Sig. (Doctor)
MEMBER
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

[Signature]
Sig. (Doctor)
MEMBER
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

[Signature]
Sig. (Doctor)
MEMBER
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

राजीव सिंह
Signature / Thumb impression
of the patient.



[Signature]
PRESIDENT
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

[Signature]
MEMBER
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

[Signature]
Sig. Civil Surgeon /
President Medical Board
Raipur
DIST. MEDICAL BOARD
RAIPUR (C.G.)

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

स्वप्रभाजित
[Signature]

प्ररूप-2

निःशक्तता प्रमाणपत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)

(नियम 4 देखिए)

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



प्रमाण पत्र संख्या



जिला: जोधपुर-बाप्पा

DR. RAJESH VASTRAKAR
M.B.B.S., D.O.
Regd. No. CGMC-018/2003
P.G.M.O. Dist. Hospital, JAIPUR

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी

पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री देवीश जन्म की तारीख 16/08/1979 (तारीख/मास/वर्ष) आयु 37
वर्ष, पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. 33878 मकान नं. 269 वार्ड/गांव/गली 14
डाकघर कटोनी घाट जिला जोधपुर राज्य राजस्थान का स्थाई
निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानी पूर्वक जाँच कर ली है और संतुष्ट हूँ कि :

(क) यह मामला

* चलन संबंधी निःशक्तता

* नेत्रहीनता का है

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

(ख) उनके मामले में निदान Spastic Hand है
(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 100 %
(अंक में) fully seen प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

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

दस्तावेज की प्रकृति

जारी होने की तारीख

9 AUG 2016

प्रमाण पत्र जारी करने वाले

DR. RAJESH VASTRAKAR
M.B.B.S., D.O.
Regd. No. CGMC-018/2003
P.G.M.O. Dist. Hospital, JAIPUR

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर और मोहर)

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/
अंगूठे की छाप जिसके पक्ष
में निःशक्तता प्रमाण पत्र
जारी किया गया।

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

DISABILITY CERTIFICATE

DISTRICT MEDICAL BOARD

Maharani Hospital
JAGDALPUR

Certificate No. 31

Date 21.5.04

MEMBER
District Medical Board
Maharani Hospital, Jagdalpur
Recent attested Photograph affixed here

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Shri/Smt./Kum. Ghan Shyam
Son/wife/daughter of Shri Karu village Mandota Bastar
Age 15 1/2 old male / female, Registration No. _____ is a case of
Total Blindness BC. He/She is
physically disabled / visual disabled / speech & hearing disabled and has 100% % (Hindia
percent) permanent (physical impairment / visual impairment / speech & hearing impairment) in relation to
his / her Permanent / Temporary disability

Note :

1. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve *
2. Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____
_____ months/years*

* Strike out which is not applicable.

DTI
Ghan Shyam
Signature / Thumb impression
of the PWD

21/05/04
MEMBER
District Medical Board
Maharani Hospital, Jagdalpur, Bastar
(Seal)

21/05/04
MEMBER
District Medical Board
Maharani Hospital, Jagdalpur, Bastar
(Seal)

21/05/04
CHAIRMAN
District Medical Board
Maharani Hospital, Jagdalpur, Bastar

Signature & Seal
of the Chairman
District Medical Board
District

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

प्रारूप -- 7

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(प्रारूप 5 एवं 6 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम और पता) का नाम और पता
नियम 18 (1) देखिए



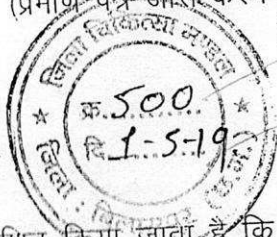
जिला चिकित्सालय

तारीख

विहासपुर (बिहार)

1-5-19

प्रमाण पत्र संख्या



यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती /कुमारी पुत्र-
/पत्नी/ पुत्री श्री जन्म की तारीख आयु
..... वर्ष (तारीख / मास / वर्ष) पुरुष / महिला रजिस्ट्रेशन नंबर
मकान नंबर वार्ड / गांव / गली डाकघर
..... जिला राज्य का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो उपर लगी हुई है की
सावधानीपूर्वक जांच कर ली है तथा मैं इस बात से सतुष्ट हूँ कि दिव्यांगता का
मामला है इसकी शारीरिक क्षति / दिव्यांगता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार
..... मार्गदर्शक की संख्या और जारी करने की तिथि विनिर्दिष्ट किया जाना है। तथा
यह निम्नलिखित सारणी में दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है :-

क्र.	दिव्यांगता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक दिव्यांगता / मानसिक दिव्यांगता (%में)
1.	चलन संबंधी दिव्यांगता	@		
2.	मसपेशीय दुर्विकास			
3.	ठीक किता हुआ कण्ठ			
4.	प्रमरित घात			
5.	अम्ल हमले की पीड़ित			
6.	कम दृष्टि	#		
7.	बधिर	£		
8.	श्रवण क्षति			46%
9.	वाक और भाषा दिव्यांगता			
10.	बौद्धिक दिव्यांगता			
11.	विशिष्ट शिक्षण दिव्यांगता			
12.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर			
13.	मनसिक रूग्णता			
14.	मैकेनिक स्ट्रायावेक स्थिति			
15.	बुल काटिन्च			
16.	पार्किन्सन रोग			
17.	हीमोफिलिया			

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

18.	थैलसीमिया		
19.	सिकल सेल रोग		

जो लागू न हो उसे काट दें।

- उपरोक्त स्थिति वर्धनशील/अवर्धनशील/ इसमें सुधार होने की संभावना /सुधार न होने की संभावना है।
- दिव्यांगता का पुर्नमुल्यांकन

(1) आवश्यकता नहीं है।

(2) या 2019 वर्ष 05 मास के पश्चात सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण पत्र 05 तक 2024 विधिमान्य रहेगा।

(तारीख ; (मास) (वर्ष))

- @ अर्थात् बायां / दाहिना / दोनो भुजाए / पैर
- # अर्थात् एक आंख / दोनो आंखे
- £ अर्थात् बायां / दाहिना / दौनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौ-
राशियाई		

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगुठे की छाप जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी होगा है।

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]

(अधिसूचना चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)
(नाम और मोहर): *[Handwritten Name]*

Medical Officer, Govt. District Hospital, Bilaspur (C.A.)
जिला अस्पताल, बिलासपुर (छ.ग.)

टिप्पणी :

यदि चिकित्सा अधिकारी जो सरकार सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो। उस व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगुठे की छाप जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी होना है।

[Handwritten Signature]

कनक फोटो कापी शारदा भोजनालय के बगल में जिला अस्पताल के पास बिलासपुर (छ ग)

RAJANDHI DISTRICT HOSPITAL KORBA (C.G.)

DISABILITY CERTIFICATE

(In cases other than those mentioned in forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)



Certificate No. 828

Date: 30/12/15



Dr. Arun T. ...
MS. (Reg. No. ...)
ENT SPECIALIST
Distt Hospital
Korba (C.G.)
examined

Shri/ Smt./Kum-

This is to certify that I have carefully examined Ramchandra Son/wife/ daughter of shri Chandrabhan Singh
Date of Birth (DD/MM/YY) 02/10/1989 Age 25 Years, male/female male
Registration No. 41856 (31/08/15) permanent resident of House No. Ward/
Village/Street Bahasboda, Cudia Post Office Pantora District Korba State C.G. Whose
photograph is affixed above and am satisfied that he/she is a case of
Deaf Smile

His/her extent of percentage impairment/ disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) and is shown against the relevant in the table below:-

S.No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
1	Locomotor disability	@		
2	Low vision	#		
3	Blindness	Both Eyes		
4	Hearing impairment	{		
5	Mental retardation	X	<u>Deaf. Smile</u>	<u>42%</u>
6	Mental - illness	X		

Dr. Beena Singh

Incharge NAAO Criteria II
PSSOU, CG Bhaspur

Beena

(Please strict out the Disabilities which are Not Applicable)

2. The above condition is progress / non - progressive/ likely to improve / not tickly to improve
3. Reassessment of disability is (i) necessary

Or,

(ii) is recommended / after ----- years ----- month, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY -----

- e.g. Left/ Right/ both arms/legs
- e.g. Single eye/ both eyes
- E.g. Left/ Right/Both ears

The application has submitted the following as proof of residence :-

Nature of Document	Date of Issue
Adhar card	Not Mention

Signature
 Thumb
 impression of
 the person in
 whose favour
 disability
 certificate is
 issue

Dr Arun Tiwari
 (Authorized Signatory of Notified medical Authority)
 ENN SPECIALIST
 Distt Hospital
 Kurba (C.G.)

(Countersignature and seal of CMO/ Medical
 Superident/ Head Of Government Hospital, in case
 the Certificate is issued by a medical authority who is
 not is not a government servant (with seal)

Note: - I case this certificate is issued by a medical authority is not government servant. It shall be valid only if countersigned by the Chief Medical authority who is a government servant; it shall be valid only countersigned by the Chief District.

Note : The principle rules were published in the Gazette of India Vide Notification number S.O.908 (E), dated the 31st December,1996.

जिला चिकित्सा मंडल, महासमुन्द
DISTRICT MEDICAL BOARD, MAHASAMUND

क्रमांक/No. KH/H/35 / 2002

दिनांक/Date 2

विकलांग प्रमाण पत्र
CERTIFICATE FOR HANDICAPPED

व्यक्तिकरण

124 JUL 2019
Dist. Medical Board
MAHASAMUND

व्यक्तिकरण
Dist. Medical Board
MAHASAMUND

Renewal
18.6.19
388

17 AUG 2008
Signature

जिला मेडिकल बोर्ड के सदस्य एवं अध्यक्ष प्रमाणित करते हैं कि हम

Members and President of District Medical Board certify that we h

Smt. / Ku. Sanita

आत्मज/आत्मजा/पति S/o/D/o/W/o Tailal

उम्र / Age 17 निवास / Resident of At-Post. Tendukona Bagla

का व्यक्तिगत रूप से परीक्षण आज दिनांक / in person today on

को किया तथा यह भी प्रमाणित करते हैं कि श्री/श्रीमती/ कु. / and it is further certified that

Shri /Smt. / Ku. Sanita

..... is

विकलांगता से पीड़ित है/ Disabled.

भारत सरकार समाज कल्याण मंत्रालय के बजट नोटिफिकेशन क्रमांक 4-2/83/एम डब्लू-2 दिनांक 6.8.83 के अनुसार इनकी विकलांगता का प्रतिशत 40% है तथा माइल्ड/मोडरेट/प्रोफाउण्ड (टोटल) विकलांगता की श्रेणी में आते हैं। (जो लागू न हो उसे काट दें). Vide Budget Notification No. 4-2/83/MW-2/ dated 6.8.83 of Govt of India, Social Welfare Ministry the Extent of disability is 40% and falls in the category of Mild/Moderate/ Profound (Total) (Strike out which is inapplicable)

यह प्रमाण पत्र जारी होने की तारीख से 3 वर्ष के लिए वैध होगा। This certificate shall remain valid for a period of three years from the date of issue.

Dist. Medical Board
MAHASAMUND

Dist. Medical Board
MAHASAMUND

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

अध्यक्ष - सिविल सर्जन
President & Civil Surgeon
District Medical Board, Mahasamund
President,

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria
PSSOU, CG Baspur
विशेषज्ञ सदस्य
जिला मेडिकल बोर्ड महासमुन्द
District Medical Board, Mahasamund

Member.

IAN 2008

(Please strike out the disabilities which are not applicable.)

2. The above condition is ~~progressive~~/ non-progressive/ ~~likely to improve~~/ not likely to improve.
3. Reassessment of disability is : (i) not necessary.

Or

(ii) is recommended/ after ~~.....~~ years ~~.....~~ months, and therefore this certificate shall be valid till (DD / MM / YY) ~~.....~~

@ - e.g. Left/Right/both arms/legs

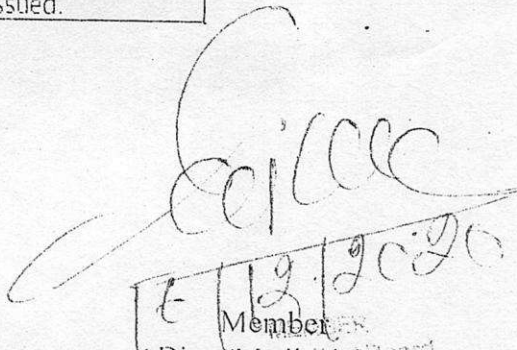
- e.g. Single eye/both eyes

£ - e.g. Left/Right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue
Adhar Card (258947665830)	not mention

Signature/Thumb impression of the person in whose favour disability certificate is issued.


17/12/2020

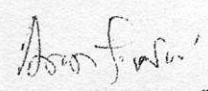
Member
Distt. Medical Board
Korba



Member
Distt. Medical Board
Korba (C.G.)



Member
Distt. Medical Board
Korba (C.G.)



President
Distt. Medical Board
Korba

Note: The principal rules were published in the Gazette of India vide notification number S.O. 908(E), dated the 31st December, 1996

प्रारूप-7

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(प्रारूप 5 एवं प्रारूप 6 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)
(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले विकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)
नियम 18 (1) देखिए



प्रमाण-पत्र संख्या :

क. कान 11: 11
जिला 1: च. रसायन
तारीख 1: 4-1-2019

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी श्रीमती सुखीराम झा
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री सुखीराम झा जन्म की तारीख 15-08-1994 आयु 24
वर्ष (तारीख/मास/वर्ष) पुरुष/महिला पुरुष रजिस्ट्रेशन नं. मकान नं.
वार्ड/गांव/गली ब्रह्ममत्स्य अकधर बिलासपुर जिला बिलासपुर
राज्य हरियाणा का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर
ली है तथा मैं इस बात से संतुष्ट हूँ कि यह Beena Singh दिव्यांगता का मामला है। इसकी शारीरिक
क्षति/दिव्यांगता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुसार (..... मार्गदर्शक की संख्या और जारी करने की
तिथि विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है तथा यह निम्नलिखित सारणी में दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है:-

क्र.	दिव्यांगता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक दिव्यांगता/मानसिक दिव्यांगता-(%)
1.	चलन संबंधी दिव्यांगता	@		
2.	मांसपेशीय दुर्बिकास			
3.	ठीक किया हुआ कुष्ठ			
4.	प्रमस्तिष्क घात			
5.	अम्ल हमले की पीड़ित			
6.	कम दृष्टि	#		
7.	बधिर	£	Hay	
8.	श्रवण क्षति	£	an	45% July 2019
9.	वाक और भाषा दिव्यांगता			
10.	बौद्धिक दिव्यांगता			
11.	विशिष्ट शिक्षण दिव्यांगता			
12.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम डिसऑर्डर			
13.	मानसिक रुग्णता			
14.	क्रोनिक स्त्रायविक स्थिति			
15.	बहुल काठिन्य			
16.	पार्किन्सन रोग			
17.	हीमोफीलिया			

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhatnagar

Scanned with CamScanner

self attested
Beena Singh

18.	थैलसीमिया		
19.	सिकल सेल रोग		

जो लागू न हो उसे काट दें ।

2. उपरोक्त स्थिति वर्धनशील / अवर्धनशील / इसमें सुधार होने की संभावना / सुधार न होने की संभावना है ।

3. दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन

(1) आवश्यकता नहीं है ।

या
(2) 27 वर्ष 12

मास के पश्चात् सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण पत्र 12 तक 2022 विधिमान्य रहेगा ।

(तारीख) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां / दाहिना / दोनों भुजाएं / पैर

अर्थात् एक आँख / दोनों आँखें

£ अर्थात् बायां / दाहिना / दोनों कान

4. आवेदक के निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का व्यौरा
आवाज का पत्र	4-1-2019	

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

Radley

Banda
Medical Officer,
Govt. Dist. Hospital
Bilaspur [C. G.]

ky
Dist. Surgeon-cum-Chief
Hospital Superintendent
Dist. Hospital Bilaspur (C.G.)

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर)

नाक, कान, गला रोग (नाम और मोहर)

जिला चिकित्सालय प्रति हस्ताक्षर

बिलासपुर (C.G.) (चिकित्सा अधिकारी जो सरकारी सेवक नहीं है, के

द्वारा जारी प्रमाण पत्र की दशा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा

अधीक्षक / सरकारी अस्पताल के प्रधान चिकित्सक

प्रतिहस्ताक्षर और मोहर)

टिप्पणी : यदि यह प्रमाण पत्र चिकित्सा अधिकारी, जो सरकारी सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो ।

Self Hested
Radley

"प्रारूप -2"

निःशक्तता प्रमाण-पत्र

(अंगों के दर्द या अंगों की पूरी स्थाई अंगाघात और अंधापन की दशा में)
(नियम 4 देखिये)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)



Orthop

तमिः

Bilaspur

पत्र संख्या 809
15/7/14

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी विनय कुमार रात्रे
पत्नी/पुत्री संतरा म. रात्रे जन्म की तारीख 22/09/1992 (तारीख/मास/वर्ष)
...21... वर्ष, पुरुष/महिला..... रजिस्ट्रेशन नं. मकान नं.....
गांव/गली डेवीद्वी डाकघर बिलासपुर जिला बिलासपुर
छ. रा. का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है और
बुद्ध हूं कि :

यह मामला

- चलन संबंधी निःशक्तता
- नेत्रहीनता का है

Chondrodysplasia

(कृपया जो लागू हो' उस पर सही (✓) का निशान लगाएँ)

उनके मामले में निदान no है।

उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में 40%
(अंक में) partly प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

आवेदक के निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति

जारी होने की तारीख

15.7.14

प्रमाण-पत्र जारी करने वाले
Orthopaedic Specialist
District Hospital
Bilaspur (C.G.)

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Criteria-1
PSSOU, CG Bilaspur

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत दस्ताक्षर और मोहर)
Hospital Superintendent
District Hospital Bilaspur (C.G.)

यह व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप जिसके
में निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया।)

DISABILITY CERTIFICATE

DISTRICT MEDICAL BOARD

Raigarh

Certificate No.

36

Date

11/09/17



Photography showing the disability affixed here
Distt.-Raigarh (C.G.)

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

The is to certify that Shri/Smt./Kum.

डीपक प्रधान

Son/Wife/Daughter of Shri.

इालेश्वर प्रधान, ग्राम बुड, तह. सुती

Age

22 वर्ष

old male /female, registration No.

जि.-रायगढ़ (छ.प्र.) 496440

is a case of Optic atrophy @ loss of femur head @

Physically disabled/visual disabled/ speech & hearing disabled and has 70% % 70

Percent) permanent (physical impairment/ visual disabled/ speech & hearing impairment) in relation to Paralysis

his/her permanent /temporary disability.

Note :-

1. This condition is progressive / non progressive /likely to improve/ not likely to improve.

2. Re-assessment in not recommended / is recommended after a Period of X

Months /years.

Strike out which is not applicable

Signature /Thumb impression
of the PWD

[Signature]
10/09/17
11/09/17
Doctor
(Seal)



Doctor

(Seal)

[Signature]

Signature & Seal
of The Chairman

District Medical Board

District.....

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bilaspur

INDIRA GANDHI DISTRICT HOSPITAL KORBA (C.G.)

DISABILITY CERTIFICATE

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

Certificate No.

1074

Date: 29.8.18

(See Rule 4)

Certificate issued by

Dr. Beena Singh

NAAC Criteria-II



(Handwritten signature)

This is to certify that I have carefully examined Shri/Ashutosh Jaiswal son/wife/daughter of Shri/Ashok Kumar Jaiswal Date of Birth (DD/MM/YY) 15.07.89
 Age 29 years, male/female... male Registration No. 2018.0073698 permanent resident of House No. 1074
 Ward no. 1074 Ward/Village/Street... Salihabhantha Post Office... Baspali District Korba State Chhattisgarh
 C.G. Whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of paralysis of lower limbs disability.
 Its/her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) at base
 and is shown against the relevant disability in the table below:-

Sl. No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
	Locomotor disability		<u>at base</u>	<u>100%</u>
	Low vision	#	<u>at base</u>	<u>0%</u>
	Blindness	Both Eyes	<u>at base</u>	<u>0%</u>
	Hearing impairment	£		
	Mental retardation	X		
	Mental-illness	X		

(Handwritten signature)

Dr. Beena Singh
 Incharge NAAC Criteria-II
 PSSOU, CG Bilaspur

(Please strike out the disabilities which are not applicable.)

2. The above condition is progressive/ non-progressive/ likely to improve/ not likely to improve.

3. Reassessment of disability is : (i) not necessary,

Or

(ii) is recommended/ after 02 years..... months, and therefore this certificate shall be valid till (DD / MM / YY) 29/11/2023

@ - e.g. ~~Left/Right/both arms/legs~~ both

- e.g. ~~Single eye/both eyes~~

£ - e.g. ~~Left/Right/both ears~~

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue
Aadhar Card (78844073412)	not mention

Signature/Thumb Impression of the person in whose favor disability certificate is issued.

Ashtabudh

Shyam Diwan
 (Authorized Signatory of notified Medical Authority)
 (Name and Seal)
 (M.B.B.S. (ORTH.))
 Reg. No. C.G.M. 7049
 P.G. Medical Officer
 Dist. Hospital Korba (C.G.)

Countersigned

{Countersignature and seal of the CMO/ Medical Superintendent/Head of Government Hospital, in case the certificate is issued by a medical authority who is not a government servant (with seal)}

Note: In case this certificate is issued by a medical authority who is not a government servant, it shall be valid only if countersigned by the Chief Medical Officer of the District."

Note: The principal rules were published in the Gazette of India vide notification number S.O. 908(E), dated the 31st December, 1996.

Not for compensation purpose

निःशक्तता प्रमाण पत्र
(यह निःशक्तता की दशा में)

(प्रमाणपत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)
(नियम 4 देखिए)



प्रमाण पत्र संख्या 455 तारीख 07/07/16
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैं श्री/श्रीमती/कुमारी हर लाल द्वारिया
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री पुन नार यण द्वारिया जन्म की तारीख 01/12/1985
(तारीख/मास/वर्ष) आयु 30 वर्ष वर्ष, पुरुष/महिला पुरुष
रजिस्ट्रेशन नं. 030 मकान नं. 030 वार्ड/गाँव/गली 03
डाकघर कुकर जिला करीम राज्य हरियाणा

ENTRANCE
Hospital
Kardhar

का स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर लगी हुई है, की सावधानी पूर्वक जांच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि:
(क) यह मामला बहु निःशक्तता का है। उनकी स्थाई शारीरिक क्षति/निःशक्तता को निम्नलिखित निःशक्तताओं हेतु मार्गदर्शक सिद्धांतों (विनिर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार मूल्यांकन किया गया है और निम्नलिखित सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है।

क्रम सं.	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक निःशक्तता/ मानसिक निःशक्तता (% में)
1.	चलन संबंधी निःशक्तता	@		
2.	कम दृष्टि	#		
3.	दृष्टिहीनता	दोनों आंख		
4.	श्रवण क्षति	£		
5.	मानसिक मंदता	X		
6.	मानसिक रूग्णता	X		

(as per PPA
48% handicapped)

(ख) उपरोक्त के मददेनजर, उनकी समग्र स्थाई शारीरिक क्षति मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार इस प्रकार है: - अंको में 48% प्रतिशत/शब्दों में forty eight
2. यह स्थिति वर्धनशील/अवर्धनशील/इसमें सुधार होने की संभावना/सुधार न होने की संभावना है।
3. निःशक्तता का पुनर्मूल्यांकन
(एक) आवश्यक नहीं है,

या
(दो) Five वर्ष _____ मास के पश्चात अनुशंसा की जाती है और इसलिए यह प्रमाण-पत्र 7/7/2021 तक विधिमान्य रहेगा।
(तारीख) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों भुजाएं/पैर

अर्थात् एक आंख/दोनों आंखें

£ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों कान

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

मन्द/सामान्य/उद्य/प्रचण्ड
प्रमाण पत्र की वैधता: स्थायी

क्रमांक २१२
दिनांक 1/06/2004



सरकारी डाक्टर/हॉस्पिटल
के हस्ताक्षर मुहर सहित,
अध्यक्ष मानसिक मंदता
प्रमाणन बोर्ड।

तारिख :
स्थान : Jashpur (Chhattisgarh)
जशपुर नगर

विश्वनागवा
सरकारी लाभों के लिए मानसिक मंदता का प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति/कुमारी विश्वनाग कुपूर
पुत्र/पुत्री श्री लालित कुपूर निवासी ग्राम/कस्बा/नगर का
ग्राम गिरांग पो. दोलैंग वि. जशपुर है।
विवरण नीचे दिया गया है :-

- (क) आयु
 - (ख) लिंग
 - (ग) हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
- विश्वनागवा
मानसिक मंदता का श्रेणीकरण Shortening of Rt Leg. 40%

Attested by
Notary
Jashpur
के.पी. सिन्हा
2008
प्र.ग. जशपुर

Vikash Kujur

हस्ताक्षर
Member
District Medical Board
Jashpur (Chhattisgarh)

हस्ताक्षर
Member
District Medical Board
Jashpur (Chhattisgarh)

हस्ताक्षर
Chairman
District Medical Board
Jashpur (Chhattisgarh)

Member
District Medical Board
Jashpur (Chhattisgarh)
अधिकारी

Dr. Brena Singh

INDIRA GANDHI DISTRICT HOSPITAL KORBA (C.G.)



DISABILITY CERTIFICATE

(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs and in (See rule 4)



Certificate No. 194

Date: 23/10/2020

Dr. Beena Singh
 Indira Gandhi District Hospital
 Korba (C.G.)
 with disability hospital
 21.10.20

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kym. Kisan/eta Sharma
 Son/wife/daylight of Shailendra Sharma Date of Birth (DD / MM / YY) 24/11/1977
 Age 40 years, male/female Registration No. 20200081338 permanent resident
 House No. _____ Ward/Village/Street Bales Post Off
Bales District Korba State CG, Whose photograph is affixed above, and am satisfied that

(A) He/she is a case of:

Best corrected vision (E/GC No 1)

1. ~~Loco motor disability~~

2. Blindness

(Please tick as applicable)

(B) The diagnosis in his/her case is Right Eye High myopia, Left eye Old Retinal de
with Optic atro

(A) He/She has 60 % (in figure) Sixty percent (in words) permanent phys
 impairment/blindness in relation to his/her Both eyes (part of body) as per guidelines (to be specified)

2. The applicant has submitted the following document as proof of residence :-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate
<u>Aadhar Card</u> <u>906567464103</u>	<u>not mentioned</u>	<u>UIDAI Govt of India</u>

Signature, Thumb impression of person in favour of disability certificate issued.

[Signature]
 Member MEMBER
 Distt. Medical Board
 Korba (C.G.)

[Signature]
 Member MEMBER
 Distt. Medical Board
 Korba (C.G.)

[Signature]
 Member MEMBER
 Distt. Medical Board
 Korba (C.G.)

[Signature]
 PRESIDENT
 Distt. Medical Board
 Korba (C.G.)

Note: In case this certificate is issued by a medical authority who is not a government servant, it shall be valid only if countersigned by the Chief Medical Officer of the District."

Dr. Beena Singh

Incharge NAAC Officer

PSSOU, CG Bales

uclid
ok

From - VI

Certificate of disability
(In cases of multiple disabilities)

[See rule 18 (1)]

(District Medical Board, Rajnandgaon (C.G.))



Certificate No. 1064/1511/2021

Date: 15/11/2021

This is to certify that I have carefully examined Shri/ Smt./kum. DEVNARAYAN VERMA

Son/wife/daughter of Shri MEHATARU-RAM Date of Birth (DD/MM/YY) 01-01-1985

Age 36 years, male/female _____ registration No. _____ permanent resident of

House No. 27 Ward /Village/Street PARAGAON KHURD Post office PARAGAON KHURD District

RAJNANDGAON State C.G. whose photograph is affixed above, and satisfied that :

(A) he/she is a case of Multiple Disability. His/her extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified). for the disability ticked below, and is shown against the relevant disability in the table below :

Sl. NO	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ menalt Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	@		
2.	Muscular Dystorphy			
3.	Leprosy cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low vision	#	Vn / 2 mtr	-4 W D80 = MIG
8.	Blindness	#	6/36	-0.25 = 6/20
9.	Deaf	ε		0.25 X 100
10.	Hard of Hearing	ε		Amblyopic
11.	Speech and Language Disability			
12.	Intellectual Disability			
13.	Specific Learning Disability			
14.	Autism Spectrum Disability			
15.	Mental illness			fundus (-Be) - uncl
16.	Chronic Neurological conditions			Sz
17.	Multiple sclerosis			B
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thalassemia			
21.	Sickkle Cell disease			

(A) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per gudelines (..... num-ber and date of issue of the guidelines to be specified).is as follows:-

in Figures :- 50 percent

in words :- FIFTY percent.

This condition is progréssive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

[Handwritten signature]

Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria
PSSOU, CG Bhaspur

3. Reassessment of disability is :

(i) not necessary,

or

(ii) is recommended/after 3 years _____ months, and therefore

this certificate shall be valid till (DD) (MM) (YY) 15/01/2024

@ e.g. Left /right/both arms/legs

e.g. Single eye

ε e.g. Left /right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence :-

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

Signature and seal of the Medical Authority.

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of Chairperson

Signature/thumb impression of the person in whose favour certificate of disability is issued

Dist. Medical Board
BANGALORE

Kannur
Medical Authority

[Signature]
Member

[Signature]
Member

Member

NIKON 3000

Certificate No. 11
11-9-06

Date 17.9.06

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to Certify that Shri/Smt./Km. Sandip Kumar Nandana
so Shri B.P. Dandana Age 22 yrs Old male/
female, Registration No. _____ is a Case of PPRP (P) L.L. He/she is physi-
cally disabled / visual disabled / speech & hearing disabled and has 40% (forty)
(Percent) permanent (physically impairment/visual impairment / speech & hearing impairment)
in Relation to His / Her _____.

Note :

1. This Condition is progressive / non progressive / Likely to Improve / not likely to Improve.
2. Re-Assessment is not recommended is recommended after a period of _____
of _____ months/ years.

* Strike out which is not applicable.

[Signature]
Dr. D. Patel
M.S. (Ortho.)
Reg. (No.) 11809
MEMBER
Distt. Medical Board
G. Hosp. Raigarh (C.G.)

[Signature]
Member
District Medical Board
Raigarh (Chhattisgarh)

[Signature]
Member
District Medical Board
Raigarh (Chhattisgarh)

[Signature]
Signature / Thumb Impression
of the Patient _____



[Signature]
Countersigned by the Medical Supdt.
C.M.O. Head of Hospital (With Seal)
Raigarh (M.P.)
C.G.



R. Patel
(Ortho.)
No. 11809
MEMBER
Distt. Medical Board
K.G. Hosp. Raigarh (C.G.)

[Signature]
Dr. Beena Singh
Incharge NAAC Criteria-II
PSSOU, CG Bhaspur

FORM-IV
Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

(See rule 4)

जिला मेडिकल बोर्ड जिला चिकित्सालय बालोद (छ.ग.)



Dr. Beena Singh
Ortho specialist
Dist. Hospital Balod
Reg. No. 4926

Certificate No. 603

Date 26/11/2015

01-This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kum. Patilika Son / wife / daughter of

Shri. Salik Ram Mandavi Date of Birth (DD/MM/YY) 09/1/03/1983

Age 31 Years, Male/Female female Registration No. Permanent resident

of House No. 87 Ward/village/Street Kotagaon Post Office

Kotagaon District Balod State C.G. Whose photograph

is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of PPRP Bad L L disability His/her

extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to specified) and is

shown against the relevant disability in the table below :

S.No.	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/ mental disability (in%)
1	Locomotor disability	@ PPRP Bad L L		
2	Low division	#		
3	Bindness	Both eyes		80% Right
4	Hearing impairment	E		
5	Mental retardation	X		
6	Mental-illness	X		

(Please strike out the disability which are not applicable)

02-the above condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

03-eassessment of disability is :

(i) Not necessary,

Dr. Beena Singh Or Mandavi

Form-IV..Cont...

(ii) Is recommended/after 5 yrs. Year..... month, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY)

@-e.g. Left/Right/both arms/legs

#-e.g. single eye/both eyes

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate
Voderr ID.	26/11/15	Dr. Baled.

E-e.g. Left/Right/both ears

03 The applicant has submitted the following document as proof of residence :-

12/11/21
 Renewed for next five years w.e.f. 12/11/21

[Signature]
 (Authorized signatory of notified medical authority
 Dr. R. R. Mondler
 Ortho Specialist
 Dist. Hospital Balod
 Reg. No. 4926
 Name and Seal)

[Signature]
 Dr. R. R. Mondler
 Ortho Specialist
 Dist. Hospital Balod
 Reg. No. 4926



[Signature]
 - Countersigned
 (Countersignature and Seal of the
 CMO/Medical Superintendent of
 Government Hospital, in case the
 certificate is issued by a medical
 authority who is not a government servant
 (with Seal)



Note : In case this certificate is issued by a medical authority is not a government servant, is shall be valid only is countersigned by the chief Medical Officer of the District"

Note :- The principal rules were published in the Gazette of india vide notification number S.O. 908 (E) dated the 31st December, 1996.

FORM-IV

Disability certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

(See rule 4)

जिला मेडिकल बोर्ड जिला चिकित्सालय बालोद (उ.प्र.)



Certificate No. 626

Date: 26/12/2014

01-This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kum. Beena Singh Thakur Son/wife/daughter of

Distt. Balod (O.G)

Shri Tahalu ram Date of Birth (DD/MM/YY) 13/01/1981

Age 33 Years, Male/Female Male Registration No. _____ permanent resident

of House No. _____ Ward/village/Street Neelam Patti Post Office

Badgawan, District Balod State U.P. Whose photograph

is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of Shoulder Disarticulation disability His/her

extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) and is

shown against the relevant disability in the table below:

S.No.	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in%)
1	Locomotor disability	<u>(A) U.L.</u>	<u>Shoulder Disarticulation</u>	<u>90% Permanent</u>
2	Low division	#	<u>(B)</u>	
3	Blindness	Both eyes		
4	Hearing impairment	E		
5	Mental retardation	X		
6	Mental-illness	X		

(Please strike out the disability which are not applicable)

02- the above condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve.

03- assessment of disability is:

(I) Not necessary,

Or

Permanent
Beena Singh

Incharge NAAC Criteria
PSSOU, CG Bhaspur

EXP 7
PW 1
23/12/15

Form-IV .. Cont...

(ii) Is recommended/after 1 year Year month, and therefore certificate shall be valid till (DD/MM/YY)

@-e.g. Left/Right/both arms/legs
#- e.g. single eye/both eyes

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate
<u>Water F.O.</u>	<u>26/12/14</u>	<u>D. M. Balod</u>

E- e.g. Left/Right/both ears

03 The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

(Authorised signatory of notified Medical authority

M. B. Balod
Name and Seal
Medical Officer
Dist. Balod (C.G.)

Countersigned
(Countersignature and Seal of the
CMO/Medical Superintendent/Head of
Government Hospital, in case the
certificate is issued by a medical
authority who is not a government
servant (with Seal)



Signature/Thumb
Impression of the
Person in whose
favour disability
certificate is
Issued.

Note: In case this certificate is issued by a medical authority is not a government servant, is shall be valid only if countersigned by the chief Medical Officer of the District."

Note:- The principal rules were published in the Gazette of india vide notification number S.O. 908 (E) dated the 31st December, 1996.