

शारीरिक रूप से विकलांग व्यक्तियों को विशेष साधन/उपकरण देने की योजना

अंधे, गूंगें, बहरे और विकलांग व्यक्तियों को शारीरिक दोष दूर करने के लिये विशेष साधन/उपकरण आदि प्रदाय किये जाते हैं। मेडिकल बोर्ड द्वारा विकलांगता का प्रमाण होना अनिवार्य है। आयु छात्रों के लिए 6 से 25 वर्ष अन्य व्यक्तियों के लिए 16 से 55 वर्ष आय मासिक आय 2000 रूपये से अधिक न हो।

टीप: विकलांगता 40 प्रतिशत अथवा 40 प्रतिशत से अधिक होना चाहिये।

; kstuk varxr vkonu i = ds | kfk fuEufyf[kr iæk.k i = | ayXu
gksx/8

1. मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र
2. आय प्रमाण पत्र
3. निःशक्तता दर्शाता फोटोग्राफ
4. उपकरण प्रदाय हेतु डॉक्टर की अनुशंसा

**समाज कल्याण विभाग द्वारा विकलांगों को विशेष उपकरण सहायता देने हेतु
पंचायत एवं समाज कल्याण मध्यप्रदेश**

इस आवेदन पत्र को अच्छी तरह भरकर संस्था प्रमुख संयुक्त संचालक पंचायत एवं समाज सेवा जबलपुर को भेजना होगा तथा पते में कोई त्रुटि होने पर उसकी सूचना तत्काल देना होगा।

1. आवेदक का पूरा नाम साफ अक्षरों में
2. आवेदक की आयु
3. पिता/अभिभावक का नाम
4. पिता/अभिभावक का स्थाई पता
5. पिता/अभिभावक का व्यवसाय
6. आवेदक की मासिक आय
7. माता/पिता अभिभावक की कुल वार्षिक आय
8. अपंगता शुरू होने का वर्ष (जन्म से / दुर्घटना से)
9. अपंगता का स्वरूप
10. चिकित्सक/विशेषज्ञ का प्रमाण पत्र
11. कौन सा कृत्रिम अंग/उपकरण चाहते हैं

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक के हस्ताक्षर

कार्यालय उपयोग हेतु

आवेदक श्री/श्रीमती/कुमारी आत्मज/आत्मजा
श्री के आवेदन पत्र पर विचार किया गया एवं इन्हें कृत्रिम अंग/
उपकरण का नाम प्रदान की जाती है/प्रेषित की जाती है।

हस्ताक्षर

अभिस्वीकृति

मैंने आत्मज/आत्मजा
ने कृत्रिम अंग/उपकरण का नाम सामग्री सही स्थिति में प्राप्त किया।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर

म.प्र. शासन
सामाजिक न्याय विभाग, जबलपुर

क्रमांक - नि:क./राष्ट्रीय न्यास/
प्रति,

दिनांक

जिला मेडिकल बोर्ड, जिला चिकित्सालय,
जिला

विषय : विकलांगता प्रमाण पत्र जारी करने के संबंध में।
महोदय,

श्री/श्रीमती/कु.

आत्मज/आत्मजा/पति जो कि इस कार्यालय में उपस्थित हुए हैं, इन्हें
विकलांग प्रमाण पत्र जारी करने की कृपा करें।

भवदीय

प्रभारी अधिकारी

जिला चिकित्सा मण्डल :
विकलांगों के लिए विकलांगता प्रमाण पत्र

क्रमांक

दिनांक

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने

श्री/श्रीमती/कु.

आयु आत्मज/आत्मजा/पति

पूरा पता

व्यक्तिगत रूप से परीक्षण आज

दिनांक को किया है तथा पाया है कि श्री/श्रीमती/कु.

निम्नलिखित विकलांगता से पीड़ित हैं

भारत सरकार, समाज कल्याण मंत्रालय के आदेश क्रमांक 4-2/83 एच.डब्ल्यू, 3 दिनांक 6 अगस्त, 1986 के अनुसार एवं का.आ.-908 (अ) केन्द्रीय सरकार निःशक्त व्यक्ति समान अवसर अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी अधिनियम 1995 (1996 का 1) के अनुसार विकलांगता का प्रतिशत शब्दों में हैं तथा यह माइल्ड/मॉडरेट/प्रोफाउन्ड/सीवियर विकलांग की श्रेणी में आता है/नहीं आता है (जो भी लागू न हो काट दें) यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी मेडिकल/इंजीनियरिंग/पॉलिटेक्निक/आई.टी.आई./बी.एड./डिप्टी/बी.टी.आई. एवं अन्य व्यावसायिक पाठ्यक्रमों में अध्ययन हेतु शारीरिक रूप से सक्षम है।

यह प्रमाण पत्र जारी करने की तारीख से तीन वर्ष के लिए वैध हैं / यह प्रमाण-पत्र स्थायी हैं।

पहचान चिन्ह (1)

(2)

यह प्रमाण पत्र कानूनी कार्यवाही के लिए मान्य नहीं हैं।

आवेदक के हस्ताक्षर

सदस्य

जिला मेडिकल बोर्ड

सदस्य

जिला मेडिकल बोर्ड

अध्यक्ष

जिला मेडिकल बोर्ड

भारत सरकार
समाज कल्याण विभाग
अपाहिज व्यक्तियों के लिये छात्रवृत्ति
आय प्रमाण पत्र

देखिये नियम - 7 (ख)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि जहाँ तक मेरी जानकारी और विश्वास है
श्री/कुमारी/श्रीमती
(उम्मीदवार का नाम) निवास स्थान
के माता-पिता/संरक्षकों की तमाम स्रोतों से कुल सम्मिलित आय रु. मासिक आय है।

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

तारीख :

स्थान :

हस्ताक्षर

नाम साफ अक्षरों में

पद नाम

कार्यालय की मुहर

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी का पिता/संरक्षक यह वचन देता हूँ
कि छात्रवृत्ति मिलते रहने की अवधि में यदि मेरी उपर्युक्त आय में कभी भी कोई परिवर्तन हो जाये तो उसकी सूचना सीधे समाज
कल्याण विभाग को दे दूंगा।

तारीख :

स्थान :

हस्ताक्षर

व्यवसाय :

डाक का पता :

नोट : यह प्रमाण पत्र जिस राजस्व अधिकारी द्वारा दिया जाये जो नायब तहसीलदार या किसी सक्षम पद से कम श्रेणी का न हो
या प्रथम श्रेणी मजिस्ट्रेट द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र या केन्द्रीय अथवा राज्य सरकार के राज्य पत्रित अधिकारी या संसद सदस्य/या
राज्य विधान सभा का प्रमाण पत्र हो। कृपया इस आवेदन-पत्र को ध्यान से पढ़कर भरा जावे।