

प्रपत्र-II

संस्थान/अस्पताल का नाम और पता

प्रमाण पत्र सं..... तारीख.....

निःशक्तता प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री..... आयु.....

लिंग..... पहचान चिह्न..... निम्नलिखित श्रेणी की स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त हैं:-

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

(i) दोनों टांगे (बी एल)

- दोनों पैर प्रभावित किन्तु हाथ प्रभावित नहीं

(ii) दोनों बांहें (बी ए)

- दोनों बांहें प्रभावित

(क) दुर्बल पहुंच

(ख) कमजोर पकड़

(iii) दोनों टांगे और बांहें (बी एल ए)

- दोनों टांगे और दोनों बांहें प्रभावित

(iv) एक टांग (ओ एल)- एक टांग प्रभावित (दायाँ या बायाँ)

(क) दुर्बल पहुंच

(ख) कमजोर पकड़

(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)

(v) एक बांह (ओ ए)- एक बांह प्रभावित

(क) दुर्बल पहुंच

(ख) कमजोर पकड़

(ग) गति विभ्रम (अटैक्सिस)

(vi) पीठ और नितम्ब (बी एच)- पीठ और नितम्ब में कड़ापन (बैठ और झुक नहीं सकते)

(vii) कमजोर मांसपेशियां (एम डब्ल्यू)- मांसपेशियों में कमजोरी और सीमित शारीरिक सहनशक्ति

ख. अंधापन अथवा अल्प दृष्टि-

(i) बी

(i) अंधता

(ii) पी बी

(ii) आंशिक रूप से अंधता

ग. कम सुनाई देना

(i) डी

(i) बधिर

(ii) पी डी

(ii) आंशिक रूप से बधिर

(उस श्रेणी को हटा दें जो लागू न हो)

2. यह स्थिति प्रगामी है/गैर प्रगामी है/इसमें सुधार होने की संभावना नहीं है/सुधार होने की संभावना नहीं है. इस मामले का पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशांसा नहीं की जाती वर्षों..... महीनों ही अवधि के पश्चात् पुनर्निर्धारण किए जाने की अनुशांसा की जाती है.*

3. उनके मामले में निःशक्तता का प्रतिशत है.

4. श्री/श्रीमती/कुमारी*..... अपने कर्तव्यों के निर्वहन के लिए निम्नलिखित शारीरिक अपेक्षाओं को पूरा करते/करती हैं:-

- | | | | |
|-----------------|---|--|----------|
| (i) एफ | - | अंगुलियों को चलाकर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (ii) पी पी | - | धकेलने और खींचने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (iii) एल | - | उठाने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (iv) के सी | - | घुटनों के बल झुकने और दबक कर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (v) बी | - | झुककर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (vi) एस | - | बैठकर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (vii) एस टी | - | खड़े होकर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (viii) डब्ल्यू | - | चलते हुए कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (ix) एस ई | - | देखकर कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (x) एच | - | सुनने/बोलने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |
| (xi) आर डब्ल्यू | - | पढ़ने और लिखने के जरिए कार्य कर सकते/सकती हैं. | हां/नहीं |

(डा.....)

सदस्य
चिकित्सा बोर्ड

(डा.....)

सदस्य,
चिकित्सा बोर्ड

(डा.....)

अध्यक्ष,
चिकित्सा बोर्ड

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

*जो लागू न हो उसे काट दें.