

સીધી ભરતીમાં દિવ્યાંગ ઉમેદવારો દ્વારા રજુ કરવામાં આવતા
દિવ્યાંગતા અંગેના પ્રમાણપત્ર બાબત



ગુજરાત સરકાર
આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ,
પરિપત્ર ક્રમાંક: HFWD/MSM/e- file/7/2024/1833/A
સચિવાલય, ગાંધીનગર
તા. ઈ-સાઈન મુજબ

વંચાણે લીધા:

- (૧) ભારત સરકારનો તા.૨૮/૧૨/૨૦૧૬નો The Rights of Persons with Disabilities Act-2016.
- (૨) ભારત સરકારના તા.૧૫/૬/૨૦૧૭ના Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017
- (૩) સા.વ.વિ. નો તા.૦૧/૧૨/૨૦૦૮નો પરિપત્ર ક્રમાંક: પરચ/ ૧૦૨૦૦૮/ ૪૬૫૯૪૦/ગ.ર.
- (૩) સા.વ.વિ. નો તા.૧૭/૦૯/૨૦૨૧નો ઠરાવ ક્રમાંક: સીઆરઆર/ ૧૦૨૦૧૭/ ૧૨૨૬૩૯/ગ.ર.
- (૪) સા.વ.વિ. નો તા.૨૯/૦૨/૨૦૨૪નો પરિપત્ર ક્રમાંક: GAD/PHA/e-file/1/2023/8017/G2-Section.
- (૫) સા.વ.વિ. નો તા.૧૧/૧૧/૨૦૨૪નો પત્ર ક્રમાંક: GAD/PHA/e-file/1/2023/8087/G2.
- (૬) આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા.૦૪/૧૨/૨૦૧૯નો ઠરાવ ક્રમાંક:હસપ/ ૧૦૨૦૦૨/જી.ઓ.આઈ.૩૬/અ.

પરિપત્ર :-

ભારત સરકાર દ્વારા પ્રસિદ્ધ કરવામાં આવેલ The Rights of Persons with Disabilities Act-2016 થી કુલ ૨૧ પ્રકારની દિવ્યાંગતાઓ નિયત કરવામાં આવેલ છે. ભારત સરકારના દ્વારા ગેઝેટમાં પ્રસિદ્ધ તા.૧૫/૬/૨૦૧૭ થી પ્રસિદ્ધ કરવામાં આવેલ Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017 ના Chapter VII 'Certificate of Disability'માં Form-V, Form-VI અને Form-VII થી દિવ્યાંગતાના પ્રમાણપત્ર અંગેના નમૂના નિયત કરવામાં આવેલ છે. ભારત સરકારના ઉક્ત નિયમો સમગ્ર ભારતમાં લાગુ પડે છે. સરકારના ડીપાર્ટમેન્ટ ઓફ પર્સોનલ એન્ડ ટ્રેનીંગના તા.૧૫/૧/૨૦૧૮ના ઓફીસ મેમોરેન્ડમથી ૪% દિવ્યાંગ અનામત રાખવા બાબતની તેમજ તેને અનુષાંગિક સૂચનાઓ પ્રસિધ્ધ કરવામાં આવેલ છે. જેમાં, દિવ્યાંગ અનામતનો લાભ મેળવવા માંગતી દિવ્યાંગ વ્યક્તિએ સક્ષમ સત્તાધિકારી દ્વારા આપવામાં આવતા દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર રજુ કરવા અંગેની જોગવાઈ કરવામાં આવેલ છે.

રાજ્યમાં અગાઉ સામાન્ય વહીવટ વિભાગના વંચાણે લીધેલ તા.૧/૧૨/૨૦૦૮ના પરિપત્રથી દિવ્યાંગ વ્યક્તિઓને આપવા માટે નક્કી કરેલ નિયત નમુના મુજબનું પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવતું હતું. પરંતુ, સામાન્ય વહીવટ વિભાગના વંચાણે લીધેલ ક્રમાંક-(૪)પરના તા.૨૯/૦૨/૨૦૨૪ના પરિપત્રથી રાજ્ય સરકારની સેવા માટે દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર માન્ય રાખવા અંગે તા.૦૧/૧૨/૨૦૦૮થી નિયત થયેલ પ્રમાણપત્રના બદલે દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર સંબંધે ભારત સરકારની વખતોવખતની સૂચનાઓ/જોગવાઈઓ તેમજ આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ/સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગ, ગુજરાત સરકાર દ્વારા નિયત કરવામાં આવતી સૂચના અનુસાર દિવ્યાંગતા અંગેનું પ્રમાણપત્ર સંબંધિત ભરતી એજન્સીએ માન્ય ગણવાનું રહેશે તે મુજબની સૂચનાઓ પ્રસિધ્ધ કરેલ છે. સામાન્ય વહીવટ વિભાગના વંચાણે લીધેલ ક્રમાંક-(૫)પરના

File No: HFWD/MSM/e-file/7/2024/1883/A

Approved By: Principal Secretary, HFWD

Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



તા.૧૧/૧૧/૨૦૨૪ પત્રથી દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર બાબતે એકસૂત્રતા જળવાય તેમજ રાજ્ય સરકાર અને કેન્દ્ર સરકારની કોઈ પણ ભરતીમાં સર્વમાન્ય હોય તે મુજબનું દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર નિયત કરવા જરૂરી સૂચનાઓ પ્રસિધ્ધ કરવા જણાવેલ છે.

આથી, રાજ્યમાં દિવ્યાંગ વ્યક્તિને આપવામાં આવતા દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્રમાં ભારત સરકાર દ્વારા નિયત કરેલ ફોર્મેટ સાથે એકસૂત્રતા જળવાઈ રહે તે હેતુથી દિવ્યાંગતાના પ્રમાણપત્રનો નમૂનો નિયત કરવા બાબતે નીચે મુજબની સૂચનાઓ આથી પ્રસિધ્ધ કરવામાં આવે છે :-

(૧) રાજ્યમાં ભરતી એજન્સીઓ ધ્વારા રાજ્ય સરકારની જુદી જુદી સંવર્ગની સીધી ભરતીથી ભરવામાં આવતી ખાલી જગ્યાઓ માટે દિવ્યાંગ વ્યક્તિને તબીબી ચકાસણી બાદ આપવામાં આવતા દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (Disability Certificate) માટે ભારત સરકારના તા.૧૫/૬/૨૦૧૭ ના નોટિફિકેશન ક્રમાંક: GSR/591(E) થી Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017થી નિયત થયેલ આ સાથેના એનેક્ષરમાં સામેલ FORM-V (Certificate of Disability), FORM-VI (Multiple Disabilities), FORM VII (In cases other than those mentioned in Forms V and VI) મુજબના નમૂનામાં આપવા માટે રાજ્યના તમામ જીલ્લા મેડીકલ બોર્ડ તથા સરકારી તેમજ જી.એમ.ઈ.આર.એસ. સંચાલિત મેડીકલ કોલેજ સંલગ્ન હોસ્પિટલોના અધિક્ષકશ્રીઓ / સિવિલ સર્જનશ્રીઓ તથા મેડીકલ બોર્ડને આથી જણાવવામાં આવે છે.

(૨) ભારત સરકારના તા.૧૫/૬/૨૦૧૭ નોટિફિકેશનનાં નિયત નમૂનામાં FORM IV મુજબ ઉમેદવારે અરજી કરવાની રહેશે.

(૩) ભરતી એજન્સીઓએ, રાજ્ય સરકારની જુદી જુદી સંવર્ગની સીધી ભરતીથી ભરવામાં આવતી ખાલી જગ્યાઓ માટે પ્રસિધ્ધ કરવામાં આવતી જાહેરાતોમાં દિવ્યાંગ ઉમેદવારોએ Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017થી નિયત થયેલ FORM -V, VI, VII મુજબનું દિવ્યાંગતા પ્રમાણપત્ર (Disability Certificate) (જે લાગુ પડે તે મુજબ) આપવાનું રહેશે, તે મુજબ ભરતીની જાહેરાતમાં યથા યોગ્ય ઉલ્લેખ કરવાનો રહેશે. FORM - IV, V, VI, VII ની નકલ એનેક્ષરમાં આ સાથે સામેલ છે.

(૪) ભારત સરકારના તા.૧૫/૬/૨૦૧૭ નાં નોટિફિકેશનમાં ઉલ્લેખ કરેલ નિયત નમૂનામાં FORM - IV, V, VI, VII માં કોઈ સુધારો ભારત સરકાર દ્વારા કરવામાં આવે તો તે સુધારાની અમલવારી તે જ તારીખથી ગણી તે મુજબ સંબંધિત ફોર્મ ઇસ્યુ કરવાના થશે.

(૫) ચાલુ ભરતી માટે જે ઉમેદવારોએ અગાઉના નમૂના મુજબ પ્રમાણપત્ર રજૂ કરેલ છે, તે માન્ય ગણવામાં આવશે, સિવાય કે કોઈ ચોક્કસ કિસ્સામાં જ્યાં કોઈક વિસંગતતાના કારણોસર ભરતી બોર્ડ/એજન્સીને યોગ્ય લાગે અને જે તે ઉમેદવારને પુનઃ પ્રમાણપત્ર મેળવવા જણાવવામાં આવે તો આવા પ્રસંગોએ મેડીકલ બોર્ડએ આ પરિપત્રથી સૂચિત ફોર્મેટમાં દિવ્યાંગતાનું પ્રમાણપત્ર આપવાનું રહેશે.

પ્રસ્તુત પરિપત્ર સરખા ક્રમાંકની ફાઈલ પર સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગની તા.૦૨/૧૨/૨૦૨૫ની નોંધથી અને સા.વ.વિ.ની તા.૦૯/૧૨/૨૦૨૫ની નોંધથી મળેલ મંજૂરી અન્વયે બહાર પાડવામાં આવે છે.

ગુજરાતના રાજ્યપાલશ્રીના હુકમથી અને તેમના નામે,

(જપન દવે)

ઉપ સચિવ

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ

બિડાણ: એનેક્ષર FORM - IV, V, VI, VII

પ્રતિ,

File No: HFWD/MSM/e-file/7/2024/1883/A

Approved By: Principal Secretary, HFWD

Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



૧. માનનીય રાજ્યપાલશ્રીના સચિવશ્રી, રાજભવન, ગાંધીનગર (પત્ર દ્વારા).
૨. માન. મુખ્ય મંત્રીશ્રીના અધિક અગ્ર સચિવશ્રી, સ્વર્ણિમ સંકુલ-૧, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૩. માન.રા.ક.મંત્રીશ્રી(આરોગ્ય)(સ્વતંત્ર હવાલો)ના અંગત સચિવશ્રી, સ્વર્ણિમ સંકુલ-૧, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૪. અગ્ર સચિવશ્રી, સામાન્ય વહીવટ વિભાગ, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૫. અગ્ર સચિવશ્રી, નાણાં વિભાગ, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૬. અગ્ર સચિવશ્રી, આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, સચિવાલય ગાંધીનગર.
૭. અગ્ર સચિવશ્રી, સામાજિક ન્યાય અને અધિકારીતા વિભાગ, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૮. કમિશ્નરશ્રી, આરોગ્ય (અર્બન) અને (રૂરલ)ની કચેરી, બ્લોક નં.૫, ડા. જીવરાજ મહેતા ભવન, સચિવાલય, ગાંધીનગર.
૯. સચિવશ્રી ગુજરાત જાહેર સેવા આયોગ, ગાંધીનગર. (પત્ર દ્વારા)
૧૦. સચિવશ્રી ગુજરાત ગૌણ સેવા પસંદગી મંડળ, ગાંધીનગર.
૧૧. સચિવશ્રી, ગુજરાત પંચાયત સેવા પસંદગી મંડળ, ગાંધીનગર.
૧૨. સચિવશ્રી, ગુજરાત રાજ્ય માહિતી આયોગ, ગાંધીનગર. (પત્ર દ્વારા)
૧૩. સચિવશ્રી, ગુજરાત મુલ્કી સેવા ટ્રિબ્યુનલ, ગાંધીનગર.
૧૪. રજીસ્ટ્રારશ્રી, ગુજરાત હાઇકોર્ટ, અમદાવાદ તરફ. (પત્ર દ્વારા)
૧૫. સચિવશ્રી, ગુજરાત તકેદારી આયોગ, ગાંધીનગર. (પત્ર દ્વારા)
૧૬. અધિક નિયામકશ્રી, તબીબી સેવાઓ/જાહેર આરોગ્ય/તબીબી શિક્ષણ અને સંશોધન
૧૭. વિભાગીય નાયબ નિયામક, ગાંધીનગર/અમદાવાદ/વડોદરા/રાજકોટ/ભાવનગર/સુરત.
૧૮. વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટેના કમિશ્નરશ્રીની કચેરી, ૧૬, ડા. જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.
૧૯. સર્વે જિલ્લાના મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીશ્રીઓ/મેડીકલ કોલેજ સલંજ્ઞ હોસ્પિટલ(સરકારી અને જી.એમ.ઇ.આર.એસ.)ના તબીબી અધિકારીશ્રીઓ/સરકારી હોસ્પિટલના અધિકારીશ્રીઓ (કમિશ્નરશ્રી આરોગ્ય, તબીબી સેવા અને તબીબી શિક્ષણ દ્વારા).
૨૦. મેડીકલ કોલેજના ડિનશ્રી (સરકારી અને જી.એમ.ઇ.આર.એસ.) તમામ (કમિશ્નરશ્રી આરોગ્ય, તબીબી સેવા અને તબીબી શિક્ષણ દ્વારા).
૨૧. સર્વે જિલ્લા મુખ્ય તબીબી અધિકારીશ્રીઓ અને જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રીઓ (કમિશ્નરશ્રી આરોગ્ય, તબીબી સેવા અને તબીબી શિક્ષણ દ્વારા).
૨૨. સચિવાલયના સર્વે વિભાગો. (તેમના તાબાના ખાતાના વડાઓ/કચેરીના વડાઓને આ સુચનાઓ પરિપત્રીત કરવાની વિનંતી સહ).
૨૩. સિસ્ટમ મેનેજર, આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગની વેબસાઈટ ઉપર અપલોડ કરવાની વિનંતી સહ.
૨૪. સિલેક્ટ ફાઈલ.

Validity unknown

Signed by: Japan Dave
Under Secretary
Date: 2025.12.16
11:32:41 +5:30

File No: HFWD/MSM/e-file/7/2024/1883/A

Approved By: Principal Secretary, HFWD

Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



જા.નં. કાયુ/૨૭/યુ-૧/વહટ/ 187 /૨૦૨૬

તારીખ: 13/૦૧/૨૦૨૬

નકલ સવિનય રવાના જાણ તેમજ ઘટતી કાર્યવાહી અર્થે (ઈ-મેઈલ દ્વારા):-

- (૧) માન. કુલપતિશ્રીના અંગત સચિવશ્રી, કામધેનુ યુનિવર્સિટી, ગાંધીનગર.
- (૨) આ યુનિવર્સિટીના તમામ કચેરીઓના વડાશ્રીઓ. ।
- (૩) કોલેજો/પોલીટેકનીકો/સંશોધન/વિસ્તરણ કેન્દ્રોના યુનિટ વડાશ્રીઓ તરફ.
- (૪) નિયામકશ્રી, ઈન્ફોર્મેશન ટેકનોલોજી, કામધેનુ યુનિવર્સિટી, ગાંધીનગર. (વેબસાઈટ ઉપર અપલોડ કરાવવા અર્થે.

Copying
13/01/2026
કુલસચિવ

3. Manpower shortages

Vacancies/posts unfilled because of shortage of suitable applicants

Name of the occupation or
Designation of the posts

Number of unfilled vacancies/posts

Essential
qualificationEssential
experienceExperience
Not necessary

1.

2.

3.

4.

Please list any other occupations for which this Government establishment had recently any difficulty in obtaining suitable applicants.

Signature of employer

Dated....

FORM-IV

Application for Obtaining Certificate of Disability by Persons with Disabilities

[See rule 17(1)]

(1) Name : _____
(Surname) (First Name) (Middle Name)

(2) Father's Name : _____ Mother's Name: _____

(3) Date of Birth : _____
(Date) (Month) (Year)

(4) Age at the time of application : _____ years

(5) Sex: Male/Female/Transgender _____

(6) Address:

(a) Permanent address (b) Current Address (i.e. for communication)

(c) Period since when residing at current address _____

(7) Educational Status (please tick as applicable)

- (i) Post Graduate
(ii) Graduate
(iii) Diploma
(iv) Higher Secondary
(v) High School
(vi) Middle
(vii) Primary
(viii) Non-literate

(8) Occupation _____

(9) Identification marks (i) _____ (ii) _____

(10) Nature of disability :

(11) Period since when disabled: From Birth//since year _____

(12) (i) Did you ever apply for issue of a certificate of disability in the past ____ yes/no

(ii) If yes, details:

(a) Authority to whom and district in which applied _____

(b) Result of application _____

(13) Have you ever been issued a certificate of disability in the past? If yes, please enclose a true copy.

Declaration: I hereby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief, and no material information has been concealed or misstated. I further state that if any inaccuracy is detected in the application, I shall be liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.

(signature or left thumb impression of person with disability, or of his/her legal guardian in case of persons with intellectual disability, autism, cerebral palsy and multiple disabilities, etc)

Date :

Place:

Enclosures:

1. Proof of residence (Please tick as applicable).

(a) ration card,

(b) voter identity card.

(c) driving license,

(d) bank passbook,

(e) PAN card,

(f) passport,

(g) telephone, electricity, water and any other utility bill indicating the address of the applicant,

(h) a certificate of residence issued by a Panchayat, municipality, cantonment board, any gazetted officer, or the concerned Patwari or Head Master of a Government school.

(i) in case of an inmate of a residential institution for persons with disabilities, destitute, mentally ill, and other disability, a certificate of residence from head of such institution.

2. Two recent passport size photographs

(For office use only)

Date:

Place:

Signature of issuing authority
Stamp

Form-V

Certificate of Disability

(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size
attested photograph
(Showing face only) of
the person with
disability.

Certificate No. _____

Date: _____

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____
 son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth (DD/MM/YY) _____
 Age _____ years, male/female _____ registration No. _____ permanent
 resident of House No. _____ Ward/Village/Street _____ Post Office _____ District
 State _____, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- dwarfism
- blindness

(Please tick as applicable)

(B) the diagnosis in his/her case is _____

(A) he/she has _____ % (in figure) _____ percent (in words) permanent locomotor
 disability/dwarfism/blindness in relation to his/her _____ (part of body) as per guidelines (..... number and
 date of issue of the 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

(Signature and Seal of Authorised Signatory of
 notified Medical Authority)

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

Form - VI

Certificate of Disability

(In cases of multiple disabilities)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size
 attested photograph
 (Showing face only) of the
 person with disability.

Certificate No. _____

Date: _____

This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____
 son/wife/daughter of _____
 Date of Birth (DD/MM/YY) _____ Age _____ years, male/female _____
 Registration No. _____ permanent resident of House No. _____ Ward/Village/Street
 Post Office _____ District _____ State _____, whose photograph is affixed
 above, and am 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 disabilities ticked below, 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 %)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low vision	#		
8.	Blindness	#		
9.	Deaf	£		
10.	Hard of Hearing	£		
11.	Speech and Language disability			
12.	Intellectual Disability			
13.	Specific Learning Disability			
14.	Autism Spectrum Disorder			
15.	Mental illness			
16.	Chronic Neurological Conditions			
17.	Multiple sclerosis			
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thalassemia			
21.	Sickle Cell disease			

(B) 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 ----- percent

In words :- ----- 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 years months, and therefore this certificate shall be valid till

(DD) (MM) (YY)

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

e.g. Single eye

£ 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

5. Signature and seal of the Medical Authority.

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

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

Form - VII

Certificate of Disability

(In cases other than those mentioned in Forms V and VI)

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

[See rule 18(1)]

Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability

Certificate No. _____

Date: _____

This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt/Kum _____ son/wife/daughter of Shri
Date of Birth (DD/MM/YY) _____ Age _____ years,
male/female _____ Registration No. _____ permanent resident of House No. _____
Ward/Village/Street _____ Post Office _____ District _____ State _____,
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 (_____ number and date of issue of the guidelines to be specified) 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 %)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy cured			
4.	Cerebral Palsy			
5.	Acid attack Victim			
6.	Low vision	#		
7.	Deaf	€		
8.	Hard of Hearing	€		
9.	Speech and Language disability			
10.	Intellectual Disability			
11.	Specific Learning Disability			
12.	Autism Spectrum Disorder			
13.	Mental illness			
14.	Chronic Neurological Conditions			
15.	Multiple sclerosis			
16.	Parkinson's disease			
17.	Haemophilia			
18.	Thalassemia			
19.	Sickle Cell disease			

@ (i) BL-Both legs affected, (ii) BA-Both arms affected,(iii) BLA-Both legs and both arms affected (iv) OL- One leg affected (right or left), (v) OA-One arm affected (vi) OAL- One Arm One Leg (vii) BLOA-Both 1.eg One Arm, (viii) BAOL- Both Arm One Leg (ix) SD/SI- Spinal Deformity/ Spinal Injury (x) MD-Multiple Disability.

- eg. Single eye/both eyes

C - eg. Left/Right/both ears

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) _____

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

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

(Authorised Signatory of notified Medical Authority)
(Name and Seal)

Countersigned
{ Countersignature and seal of the
Chief Medical Officer/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 certificate of
disability is issued

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

FORM - VIII

[Intimation of rejection of Application for Certificate of Disability]

[See rule 18 (4)]

No. _____

Dated :

To.

(Name and address of applicant
for Certificate of Disability)

Sub: Rejection of Application for Certificate of Disability