

परिशिष्ट-1

परीक्षार्थी की लेखन संबंधी शारीरिक सीमा के संबंध में प्रमाण-पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (दिव्यांग अभ्यर्थी का नाम), जो _____ (दिव्यांगता के प्रमाण-पत्र में उल्लिखित दिव्यांगता का प्रकार एवं प्रतिशत) से ग्रसित हैं तथा श्री/श्रीमती _____ के पुत्र/पुत्री एवं ग्राम _____, जिला _____, राज्य _____ के निवासी हैं, का परीक्षण किया है।

यह प्रमाणित किया जाता है कि उनकी दिव्यांगता के कारण उनकी लेखन क्षमता प्रभावित होती है तथा उन्हें लिखने में शारीरिक कठिनाई/सीमा का सामना करना पड़ता है।

हस्ताक्षर

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सिविल सर्जन / सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के चिकित्सा अधीक्षक

नाम एवं पदनाम

सरकारी अस्पताल / स्वास्थ्य देखभाल केंद्र का नाम एवं मुहर

स्थान : _____

दिनांक : _____

टिप्पणी: यह प्रमाण-पत्र संबंधित दिव्यांगता/विशेषज्ञता के विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा जारी किया जाना चाहिए।
उदाहरणार्थ—

- **दृष्टि बाधिता (Visual Impairment):** नेत्र रोग विशेषज्ञ (Ophthalmologist)
- **चलन संबंधी दिव्यांगता (Locomotor Disability):** अस्थि रोग विशेषज्ञ (Orthopedic Specialist) / भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास विशेषज्ञ (PMR)

परिशिष्ट-II

दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (RPwD Act, 2016) की धारा 2(स) के अंतर्गत परिभाषित, परंतु धारा 2(र) के अंतर्गत परिभाषित दिव्यांगता की श्रेणी में शामिल न होने वाले (अर्थात् 40% से कम दिव्यांगता वाले तथा लिखने में कठिनाई वाले) व्यक्तियों हेतु प्रमाण-पत्र

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (अभ्यर्थी का नाम), आयु _____ वर्ष, श्री/श्रीमती _____ के पुत्र/पुत्री, निवासी ग्राम/डाकघर/थाना _____, जिला _____, राज्य _____, जो _____ (दिव्यांगता/चिकित्सीय स्थिति का विवरण) से ग्रसित हैं, का परीक्षण किया है।

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त चिकित्सीय स्थिति के कारण उनकी लेखन क्षमता प्रभावित होती है तथा उन्हें परीक्षा लिखने के लिए **लेखक (Scribe)** की सहायता की आवश्यकता है।

2. उपर्युक्त अभ्यर्थी _____ (उपकरण का नाम) जैसे सहायक उपकरणों का उपयोग करता/करती है, जैसे कृत्रिम अंग (Prosthetics), ऑर्थोटिक्स (Orthotics), श्रवण यंत्र (Hearing Aid) अथवा अन्य आवश्यक सहायक उपकरण, जो लेखक (Scribe) की सहायता से परीक्षा में सम्मिलित होने के लिए आवश्यक हैं।

3. यह प्रमाण-पत्र केवल भर्ती एजेंसियों तथा शैक्षणिक संस्थानों द्वारा आयोजित लिखित परीक्षाओं में सम्मिलित होने के उद्देश्य से जारी किया गया है तथा यह _____ तक वैध रहेगा। (यह प्रमाण-पत्र अधिकतम छह माह अथवा चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित कम अवधि तक ही वैध होगा।)

चिकित्सा प्राधिकरण के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर एवं नाम	पदनाम
_____	अस्थि रोग विशेषज्ञ (Orthopedic Specialist)
_____	भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास विशेषज्ञ (PMR Specialist)
_____	नैदानिक मनोवैज्ञानिक / मनोवैज्ञानिक / मनोचिकित्सक / विशेष शिक्षक (यदि उपलब्ध हों)
_____	न्यूरोलॉजिस्ट / व्यावसायिक चिकित्सक (Occupational Therapist) (यदि उपलब्ध हों)
_____	अन्य विशेषज्ञ (यदि अध्यक्ष द्वारा नामित किया गया हो)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी / सिविल सर्जन / मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी
(अध्यक्ष)

सरकारी अस्पताल / स्वास्थ्य देखभाल केंद्र का नाम एवं मुहर

स्थान : _____

दिनांक : _____