

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग (दिव्यांगजन)

फॉर्म-V

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(एकल दिव्यांगता के मामले में)

[दिव्यांगजन अधिकार (संशोधन) नियम, 2024 का नियम 18(1) देखें]

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम एवं पता) _____ प्रमाण पत्र / यूडीआईडी (UDID) सं.: _____ जारी करने की तिथि: _____	दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)
---	--

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

[आवेदक का नाम], पुत्र / पुत्री / देखभालकर्ता _____

[पिता/माता/संरक्षक का नाम], जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष): ____ / ____ / _____, लिंग: [] पुरुष [] महिला []

ट्रांसजेंडर, पंजीकरण सं. / यूडीआईडी नामांकन सं.: _____, निवासी _____

जिसकी फोटो ऊपर संलग्न है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और मैं / हम संतुष्ट हैं कि:

(क) उक्त व्यक्ति (निम्नलिखित 20 विनिर्दिष्ट दिव्यांगताओं में से किसी एक) से ग्रसित है (कृपया लागू होने पर टिक करें):

☐ 1. गतिविषयक दिव्यांगता (Locomotor Disability)	☐ 11. बौद्धिक दिव्यांगता (Intellectual Disability)
☐ 2. मांसपेशीय दुर्विकास (Muscular Dystrophy)	☐ 12. विनिर्दिष्ट सीख दिव्यांगता (Specific Learning)
☐ 3. कुष्ठ रोग उपचारित (Leprosy Cured)	☐ 13. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार (Autism Spectrum)
☐ 4. बौनापन (Dwarfism)	☐ 14. मानसिक रुग्णता (Mental Illness)
☐ 5. प्रमस्तिष्क घात (Cerebral Palsy)	☐ 15. चिरकालिक तंत्रिका दशाएं (Chronic Neuro)
☐ 6. एसिड अटैक पीड़ित (Acid Attack Victim)	☐ 16. मल्टीपल स्केलेरोसिस (Multiple Sclerosis)

[] 7. निम्न दृष्टि (Low Vision)	[] 17. पार्किंसंस रोग (Parkinson's Disease)
[] 8. दृष्टिबाधिता (Blindness)	[] 18. हीमोफीलिया (Haemophilia)
[] 9. श्रवण बाधिता (Hearing Impairment)	[] 19. थैलेसीमिया (Thalassemia)
[] 10. वाक् एवं भाषा दिव्यांगता (Speech & Language)	[] 20. सिकल सेल रोग (Sickle Cell Disease)

(ख) शरीर के प्रभावित हुए अंग का नाम:

(ग) उसके मामले में मूल्यांकन / निदान (Diagnosis) यह है:

(घ) व्यक्ति में _____ % (आंकड़ों में) _____ प्रतिशत (शब्दों में) दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति [] स्थायी (Permanent) / [] अस्थायी (Temporary) और (दिन/माह/वर्ष): ____ / ____ / _____ तक मान्य है, जैसा कि दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 के तहत भारत सरकार द्वारा जारी अधिसूचना संख्या _____ दिनांक _____ के दिशानिर्देशों के अनुसार विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का आकलन किया गया है।

दिव्यांगजन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान
(फोटो एवं हस्ताक्षर द्वारा पहचान सत्यापित)

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्य (सदस्यों) के
हस्ताक्षर

नाम एवं पदनाम:

कार्यालय की मोहर / सील:

पहचान एवं पते के प्रमाण हेतु निर्देश (आरपीडब्ल्यूडी संशोधन नियम, 2024 की अनुसूची अनुसार):

- पहचान का प्राथमिक प्रमाण: वैध राष्ट्रीय पहचान पत्र / नामांकन पर्ची (जहाँ लागू हो)।
- यदि पहचान संख्या अभी आवंटित नहीं हुई है, तो नामांकन पर्ची के साथ निम्नलिखित में से कोई एक वैध फोटो पहचान पत्र संलग्न करें: (i) फोटोयुक्त बैंक या डाकघर पासबुक; (ii) पैन कार्ड; (iii) पासपोर्ट; (iv) राशन कार्ड; (v) मतदाता पहचान पत्र (Voter ID); (vi) मनरेगा कार्ड; (vii) किसान फोटो पासबुक; (viii) मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अधीन जारी ड्राइविंग लाइसेंस; (ix) आधिकारिक लेटरहेड पर राजपत्रित अधिकारी या तहसीलदार द्वारा जारी फोटोयुक्त पहचान प्रमाण पत्र; (x) विभाग द्वारा विनिर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज।
- पते का प्रमाण: पहचान पत्र के अनुसार अथवा भिन्न होने की स्थिति में वैध निवास प्रमाण।

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग (दिव्यांगजन)

फॉर्म-VI

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(बहु दिव्यांगता के मामले में)

[दिव्यांगजन अधिकार (संशोधन) नियम, 2024 का नियम 18(1) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम एवं पता)	दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)
प्रमाण पत्र / यूडीआईडी (UDID) सं.: _____	
जारी करने की तिथि: _____	

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने श्री/श्रीमती/कुमारी _____

[आवेदक का नाम], पुत्र / पुत्री / देखभालकर्ता _____

[पिता/माता/संरक्षक का नाम], जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष): ____ / ____ / _____, लिंग: [] पुरुष [] महिला []

ट्रांसजेंडर, पंजीकरण सं. / यूडीआईडी नामांकन सं.: _____, निवासी

_____ जिसकी फोटो ऊपर संलग्न है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और हम संतुष्ट हैं कि:

(क) वह बहु दिव्यांगता से ग्रस्त है। इनकी शारीरिक दिव्यांगता/अक्षमता की सीमा का मूल्यांकन दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 के तहत शामिल व्यक्ति में विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का आकलन दिशानिर्देशों के अनुसार किया गया है, जिसे नीचे दी गई दिव्यांगताओं के लिए भारत सरकार की अधिसूचना संख्या _____ दिनांक _____ के माध्यम से अधिसूचित किया गया है:

क्र.सं.	दिव्यांगता	शरीर के प्रभावित अंग का नाम	निदान (Diagnosis)	दिव्यांगता प्रतिशत
1.	गतिविषयक / दृष्टिबाधित / श्रवण बाधित आदि			_____ %
2.				_____ %

3.				_____ %
4.				_____ %
5.				_____ %
6.				_____ %

(नोट: केवल अधिनियम के तहत विनिर्दिष्ट 20 दिव्यांगताओं में से मूल्यांकित एवं निदान की गई दिव्यांगताओं को ही ऊपर सूचीबद्ध किया जाएगा)

(ख) व्यक्ति में _____ % (आंकड़ों में) _____ प्रतिशत (शब्दों में) समग्र स्थायी / अस्थायी दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति [] स्थायी (Permanent) / [] अस्थायी (Temporary) और (दिन/माह/वर्ष): _____ / _____ / _____ तक मान्य है।

2. यह स्थिति है: [] प्रगामी (Progressive) [] अप्रगामी (Non-progressive) [] सुधार की संभावना है [] सुधार की संभावना नहीं है

3. दिव्यांगता का पुनः मूल्यांकन: [] आवश्यक नहीं है अथवा [] _____ वर्ष _____ माह बाद अनुशंसित है।

दिव्यांगजन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

चिकित्सा बोर्ड के सदस्य के हस्ताक्षर

चिकित्सा बोर्ड के अध्यक्ष के हस्ताक्षर

(आवेदक)

नाम एवं मुहर

नाम एवं मुहर