उत्तराखण्ड शासन

समाज कल्याण अनुभाग–04

अधिसूचना

प्रकीर्ण

09 जुलाई, 2019 ई0

संख्या 259/XVII–04/2019–01(04)वि0क0/2017–चूँकि दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (अधिनियम संख्या 49, वर्ष 2016) की धारा 101 की अपेक्षानुसार उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2018 का प्रारूप प्रभावित होने वाले समस्त सम्बन्धित व्यक्तियों से आपत्तियां एवं सुझाव आमंत्रित करने की दृष्टि से विज्ञप्ति संख्या 3708 दिनांक 14.12.2018 द्वारा प्रकाशित किया गया था;

और चूँकि उक्त नियमावली के प्रारूप पर पूर्वोक्त विज्ञप्ति के अनुसरण में जनसाधारण से प्राप्त आपत्तियां और सुझावों पर राज्य सरकार द्वारा विचार कर लिया गया है, और तद्नुसार प्रारूप नियमावली में संशोधन कर लिया गया है;

अतः अब राज्यपाल दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (अधिनियम संख्या 49, वर्ष 2016) की धारा 101 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए निम्नलिखित नियमावली बनाते है, अर्थात्–

उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2019

भाग–एक
सामान्य

संक्षिप्त नाम और प्रारम्भ 1. (1) इस नियमावली का संक्षिप्त नाम उत्तराखंड दिव्यांगजन अधिकार नियमावली 2019 है।

(2) यह तुरन्त प्रवृत्त होगी।

परिभाषाएं– 2. (1) इस नियमावली में, जब तक की संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो, –

(क) **"अधिनियम"** से दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (अधिनियम संख्या 49 वर्ष 2016) अभिप्रेत है ;

(ख) **"केन्द्र सरकार"** से भारत सरकार अभिप्रेत है ;

(ग) **"प्रमाण–पत्र"** से दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 57 की उप–धारा (1) में निर्दिष्ट प्रमाणकर्ता प्राधिकारी द्वारा जारी दिव्यांगता का प्रमाण पत्र अभिप्रेत है ;

(घ) **"रजिस्ट्रीकरण का प्रमाण–पत्र"** से दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 50 के अधीन सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी रजिस्ट्रीकरण का प्रमाण पत्र अभिप्रेत है ;

(ङ) **"जिला स्तर दिव्यांगता समिति"** से दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 72 के अधीन राज्य सरकार द्वारा गठित जिला स्तर समिति अभिप्रेत है;

(च) **"प्रारूप"** से इस नियमावली में संलग्न प्रारूप अभिप्रेत है;

(छ) **"राज्य"** से उत्तराखंड राज्य अभिप्रेत है ;

(ज) **"राज्य आयुक्त"** से दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 79 के अधीन और इस नियमावली के अनुसार राज्य सरकार द्वारा नियुक्त राज्य आयुक्त अभिप्रेत है ;

(झ) **"राज्य सरकार"** से उत्तराखंड राज्य की सरकार अभिप्रेत है।

(2) उन शब्दों और पदों का जो इस नियमावली में प्रयुक्त है और परिभाषित नहीं है, लेकिन दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 में परिभाषित हैं, का क्रमशः वही अर्थ होगा, जो उनका अधिनियम में दिया गया है।

भाग दो– राज्य समिति

दिव्यांगता अनुसंधान के लिए राज्य समिति का गठन

3. (1) राज्य सरकार दिव्यांगजन को प्रताड़ना, क्रूर अमानवीय या अपमानजक व्यवहार से संरक्षित करने हेतु एक दिव्यांगता अनुसंधान समिति का गठन करेगी, जिसमें निम्नलिखित सदस्य होंगे, अर्थात :–

(एक)	निदेशक, समाज कल्याण,	पदेन **अध्यक्ष**
(दो)	निदेशक, स्वास्थ्य विभाग,	पदेन **सदस्य,**
(तीन)	दिव्यांग व्यक्तियों के प्रतिनिधियों के रूप में 03 सदस्य या राज्य स्तर पर रजिस्ट्रीकृत संस्थाओं से प्रतिनिधि के रूप में तीन व्यक्ति, जो अधिनियम की अनुसूची में विनिर्दिष्ट दिव्यांगताओं में से कोई पांच अलग–अलग दिव्यांगताओं का प्रतिनिधित्व करते हों, परन्तु उक्त सदस्यों में से कम से कम एक महिला प्रतिनिधि हो, राज्य सरकार द्वारा नामनिर्देशित किये जायेंगे।	सदस्य,

(2) अध्यक्ष किसी विषय विशेषज्ञ को, विशेष आमंत्रित सदस्य के रूप में आमंत्रित कर सकेगा।

(3) मनोनीत सदस्यों के कार्यकाल की अवधि, समिति के गठन से तीन वर्ष के लिए होगी। नामांकित सदस्य पुनः एक और कार्यकाल के लिए नाम निर्देशन के लिए पात्र होंगे।

(4) बैठक की गणपूर्ति कुल सदस्य संख्या का आधा भाग होगी।

(5) गैर–शासकीय सदस्य और विशेष आमंत्रित सदस्यों को राज्य सरकार के समूह "क" या समकक्ष अधिकारी के समान यात्रा भत्ता और दैनिक भत्ता देय होगा।

(6) राज्य सरकार, आवश्यकतानुसार समिति के कार्य संचालन हेतु लिपिकीय व अन्य कर्मचारियों की व्यवस्था समय–समय पर कर सकेगी।

सीमित संरक्षता 4. राज्य सरकार द्वारा अभिहित संबन्धित जिलाधिकारी द्वारा विधिक रूप में बाध्यकारी विनिश्चिय लेने में असमर्थ दिव्यांगजन हेतु सीमित संरक्षकों को निम्नलिखित रूप से नियुक्ति किया जा सकेगा–

(1) सम्बन्धित जिलाधिकारी दिव्यांगजन के सम्बन्ध में कानूनी तौर पर बाध्यकारी निर्णय लेने के लिए सीमित संरक्षकता प्रदान करेगा।

(2) सम्बन्धित जिलाधिकारी दिव्यांगजन के लिए सीमित संरक्षकता प्रदान करने से पहले, स्वयं का समाधान करेगा कि वह व्यक्ति अपने स्वयं के कानूनी तौर पर बाध्यकारी निर्णय लेने की स्थिति में नहीं है।

(3) सम्बन्धित जिलाधिकारी, सीमित संरक्षकता के संबंध में आवेदन की प्राप्ति की तारीख या सीमित संरक्षकता की आवश्यकता अपने नोटिस में आने की तारीख से 03 माह की अवधि के भीतर आवश्यक निर्णय लेगा। किन्तु जिलाधिकारी सीमित संरक्षक के रूप में कार्य करने के लिए संरक्षक व्यक्ति की सहमति सीमित संरक्षकता के अनुदान से पहले प्राप्त करेगा।

(4) सम्बन्धित जिलाधिकारी नियुक्त संरक्षक व दिव्यांगजन का रिकॉर्ड रखेगा।

कार्यकाल 5. (1) प्रारम्भ में पांच वर्षों की अवधि के लिए सीमित संरक्षक की नियुक्ति की जाएगी, ऐसी अवधि को सम्बन्धित जिलाधिकारी द्वारा बढ़ाया जा सकेगा।

(2) सीमित संरक्षकता की अवधि बढाते समय सम्बन्धित जिलाधिकारी उसी प्रक्रिया का पालन करेगा, जैसा कि प्रथम बार सीमित संरक्षकता प्रदान करते समय किया गया।

संरक्षक की नियुक्ति हेतु अर्हताए 6. (1) सीमित संरक्षकता प्रदान करते समय सम्बन्धित जिलाधिकारी उपयुक्त व्यक्ति की निम्नलिखित प्राथमिकता के आधार पर सीमित संरक्षकता के रूप में नियुक्त करने पर विचार करेगा :–

(क) दिव्यांग व्यक्ति के माता–पिता या वयस्क बच्चे ;
(ख) दिव्यांग व्यक्ति के भाई या बहन ;
(ग) अन्य रक्त रिश्तेदार या देखभाल करने वाले स्थानीय व्यक्ति या रजिस्ट्रीकृत संगठन।

(2) 18 वर्ष से अधिक आयु वाला वह व्यक्ति सीमित संरक्षक नियुक्त किया जायेगा, जो दंड प्रक्रिया संहिता, 1973 (अधिनियम संख्या 2 वर्ष 1974) में परिभाषित संज्ञेय अपराध के लिए दोषी नहीं पाया गया हो।

(3) सीमित संरक्षक की नियुक्ति पर निर्णय लेते समय, सम्बन्धित जिलाधिकारी यह सुनिश्चित करेगा कि व्यक्ति:–

(क) भारत का नागरिक हो ;
(ख) विकृत चित्त न हो अर्थात मानसिक रोगी न हो ;
(ग) आपराधिक इतिवृत नहीं रखता हो ;

(घ) अपने जीवन निर्वाह के लिए किसी अन्य पर आश्रित न हो; और

(ङ) वह दिवालिया घोषित न हो।

(4) यदि सीमित संरक्षक के रूप में सम्बन्धित जिलाधिकारी को एक संस्थान या संगठन को नियुक्त करना समीचीन प्रतीत होता है तो निम्नलिखित निर्देशों का पालन किया जायेगा :–

(क) संस्थान को राज्य या केंद्र सरकार से मान्यता प्राप्त होनी चाहिए;

(ख) दिव्यांगता पुनर्वास सेवाओं को प्रस्तुत करने और दिव्यांग व्यक्तियों के अपने आवासीय सुविधाओं या होस्टल के बोर्ड द्वारा निर्धारित स्थल, स्टाफ, फर्नीचर, पुनर्वास और चिकित्सा सुविधाओं का न्यूनतम स्तर बनाये रखा गया हो।

सीमित संरक्षक नियुक्ति के आदेश के विरूद्ध अपील

7. सीमित संरक्षक नियुक्ति के सम्बन्ध में जिलाधिकारी के फैसले से पीड़ित व्यक्ति, राज्य आयुक्त के समक्ष अपील प्रस्तुत कर सकता है।

भाग तीन– नोडल अधिकारी तथा प्रतितोष अधिकारी

नोडल अधिकारी की नियुक्ति

8. राज्य सरकार द्वारा वित्त पोषित एवं मान्यता प्राप्त सभी शिक्षण संस्थाओं में दिव्यांग बालकों/बालिकाओं के दाखिले तथा अन्य गतिविधियों के संचालन हेतु, जो अधिनियम की धारा 16 एवं 31 में उल्लिखित है, सम्बन्धित जिले के जिला शिक्षा अधिकारी को नोडल अधिकारी के रूप में नियुक्त करेगी।

शिकायत प्रतितोष अधिकारी की नियुक्ति

9. (1) राज्य का प्रत्येक सरकारी स्थापन इस नियमावली के लागू होने के 60 दिन के भीतर शिकायत प्रतितोष अधिकारी की नियुक्ति करेगा, जो राजपत्रित अधिकारी से अन्यून नहीं होगा;

परन्तु जहाँ किसी राजपत्रित अधिकारी को नियुक्ति करना संभव न हो वहां सरकारी स्थापन किसी वरिष्ठ अधिकारी को शिकायत प्रतितोष अधिकारी के रूप में नियुक्त कर सकेगा।

(2) शिकायत प्रतितोष अधिकारी शिकायतों का एक रजिस्टर रखेगा जिसमें निम्नलिखित विशिष्टियां रखेगा, अर्थात–

(क) शिकायत की तारीख,

(ख) शिकायतकर्ता का नाम,

(ग) उस व्यक्ति का नाम, जो शिकायत की जांच कर रहा है,

(घ) घटना का स्थान,

(ड.) स्थापन या व्यक्ति का नाम, जिसके विरूद्ध शिकायत की गई है,

(च) शिकायत का सार,

(छ) दस्तावेजी साक्ष्यय, यदि कोई हो,

(ज) शिकायत निपटान अधिकारी द्वारा निपटान की तारीख,

(झ) जिला स्तरीय समिति द्वारा अपील के निपटान के ब्यौरे, और

(ञ) कोई अन्य सूचना।

भाग चार– बैंच मार्क दिव्यांग व्यक्तियों के लिए रिक्तियां

विशेषज्ञ समिति का गठन 10. (1) राज्य सरकार द्वारा पदों को चिन्हित करने के उद्देश्यों के लिए, विशेषज्ञ समिति का गठन किया जायेगा, जिसमें निम्नलिखित सदस्य होंगे, अर्थातः–

(क)	सचिव/प्रमुख सचिव अथवा अपर मुख्य सचिव, कार्मिक विभाग	अध्यक्ष
(ख)	सम्बन्धित विभाग का विभागाध्यक्ष	सदस्य
(ग)	सचिव/अपर सचिव, समाज कल्याण विभाग	सदस्य
(घ)	सचिव/अपर सचिव, वित्त विभाग	सदस्य
(ङ)	सचिव/अपर सचिव, न्याय विभाग	सदस्य
(च)	संबंधित स्थापन के प्रभारी व्यक्ति	सदस्य
(छ)	राज्य सरकार द्वारा नामित विशेषज्ञ दिव्यांगजन	02 सदस्य
(ज)	अपर सचिव, कार्मिक विभाग	सदस्य सचिव

(2) विशेषज्ञ समिति दिव्यांगजनों के लिए आरक्षित पदों के चिन्हीकरण हेतु आवश्यकतानुसार समय–समय पर बैठक करेगी, परन्तु समिति की दो बैठकों के बीच 06 माह से अधिक का अन्तर नहीं होगा।

भाग पांच– रजिस्ट्रीकरण

रजिस्ट्रीकरण हेतु सक्षम प्राधिकारी 11. निदेशक, समाज कल्याण, उत्तराखंड रजिस्ट्रीकरण प्रमाण पत्र जारी करने के लिए सक्षम प्राधिकारी होंगे।

आवेदन पत्र एवं शुल्क 12. रजिस्ट्रीकरण चाहने वाले संस्थान को शुल्क 1000/–रूपये के साथ सक्षम अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रारूप के अनुसार आवेदन पत्र भरना होगा। अधिनियम की धारा 50 के अनुपालन के बिना रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र के कोई भी व्यक्ति दिव्यांगजन के लिए किसी संस्थान को स्थापित या संचालित नहीं करेगा।

रजिस्ट्रीकरण 13. रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र जारी करने से पूर्व सक्षम अधिकारी आवश्यक जाँच करेगा और यदि उसका समाधान हो जाता है कि आवेदक द्वारा इस नियमावली और इसके अधीन बनाये गए नियमों की अपेक्षाओं का अनुपालन किया गया है, तो वह आवेदक को रजिस्ट्रीकरण प्रमाण पत्र 30 दिन के भीतर निर्गत करेगा।

परन्तु सक्षम प्राधिकारी जांच में समाधान न होने पर कारणो को दर्शाते हुए, प्रमाण–पत्र जारी करने, जिसके लिये आवेदन किया गया है, आदेश द्वारा इन्कार कर सकेगा, परन्तु ऐसा कोई भी आदेश करने से पूर्व सक्षम अधिकारी आवेदक को सुनवाई का उचित अवसर देगा तथा प्रमाण पत्र देने से इन्कार करने के प्रत्येक आदेश से आवेदक को लिखित रूप में सूचित करायेगा।

नवीनीकरण 14. सक्षम अधिकारी द्वारा रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र के नवीनीकरण के लिए वही प्रकिया अपनायी जायेगी, जो उसके द्वारा प्रथम बार पंजीकरण के दौरान अपनायी जाती है। संस्था के कार्यकलाप से पूर्ण रूप से सन्तुष्ट होने पर सक्षम अधिकारी नवीनीकरण प्रमाण पत्र जारी करेगा।

रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र की वैधता

15. (क) रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र की वैधता 5 वर्ष के लिए होगी, जिसको समय–समय पर बढाया जा सकता है।

(ख) सक्षम अधिकारी द्वारा नवीनीकरण प्रमाण–पत्र 5 वर्ष के लिए जारी किया जायेगा।

(ग) "राज्य सरकार" द्वारा रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र के संग्रहण पर कार्यवाही सम्बन्धित संस्था को प्रत्येक माह के अन्तराल में 03 नोटिस के उपरान्त किया जायेगा।

अपील

16. सक्षम अधिकारी द्वारा 30 दिन की समय सीमा के भीतर रजिस्ट्रीकरण प्रमाण–पत्र जारी न करने पर या समय सीमा में कोई जवाब न देने पर या प्रतिसहरण करने पर अधिनियम की धारा 53 के अनुपालन में सचिव, समाज कल्याण विभाग के समक्ष आवेदक 90 दिन के भीतर अपील कर सकता है। सचिव द्वारा अपील को 45 दिन के भीतर निस्तारित किया जायेगा।

भाग छः– प्रमाण पत्र

दिव्यांगता प्रमाण–पत्र

17. राज्य सरकार विनिर्दिष्ट दिव्यांगताओं हेतु दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी करने के लिए प्रमाणकर्ता प्राधिकारियों की सूची जारी करेगी, जो कि अपने प्रमाणकारी कृत्यों के अनुपालन में दी गई शक्तियों का प्रयोग कर क्षेत्राधिकार के अनुसार दिव्यांगजन के लिए दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी करेगा।

दिव्यांग प्रमाण–पत्र के सम्बन्ध में अपील

18. (1) दिव्यांग प्रमाण–पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी के निर्णय से व्यथित अथवा असहमत व्यक्ति निर्णय के 90 दिन के भीतर, स्वयं या अपने संरक्षक, अभिभावक के माध्यम से राज्य सरकार द्वारा पदाभिहित अपील अपील प्राधिकारी के समक्ष निम्नलिखित रूप में अपील प्रस्तुत कर सकेगा।

(क) अपील में संक्षिप्त पृष्ठभूमि और अपील के आधार शामिल होंगे।

(ख) अपील के साथ प्रमाणकर्ता प्राधिकारी द्वारा जारी किए गए दिव्यांगता प्रमाण–पत्र या अस्वीकृति के पत्र की एक प्रति संलग्न की जाये।

(2) अपीलीय प्राधिकारी अपीलकर्ता को अपना प्रकरण प्रस्तुत करने का पूर्ण अवसर प्रदान करेगी और ऐसा विस्तृत आदेश पारित करेगी, जैसा कि प्रकरण में उपयुक्त समझा जाये।

(3) उप–नियम (1) के अन्तर्गत प्रत्येक अपील पर यथाशीघ्र निर्णय लिया जाएगा और अपील की प्राप्ति की तारीख से 60 दिन की अवधि के भीतर अपीलीय प्राधिकारी उस पर निर्णय लेकर कार्यवाही करेगी।

भाग सात– दिव्यांगता समिति

जिला स्तर दिव्यांगता समिति

19. दिव्यांगता पर जिला स्तरीय समिति निम्नवत् होगी :–

(क) सम्बन्धित जिलाधिकारी –अध्यक्ष,

(ख) सम्बन्धित जिला समाज कल्याण अधिकारी –सचिव,

(ग) जिले का मुख्य चिकित्सा अधिकारी–पदेन सदस्य,
(घ) जिला समाज कल्याण अधिकारी–पदेन सदस्य,
(ङ) वरिष्ठ पुलिस अधीक्षक –पदेन सदस्य,
(च) जिला सेवायोजन अधिकारी– पदेन सदस्य
(छ) जिला शिक्षा अधिकारी– पदेन सदस्य
(ज) जिला प्राथमिक शिक्षा अधिकारी–पदेन सदस्य,
(झ) सदस्य सचिव, जिला विधिक सेवा प्राधिकरण – पदेन सदस्य
(ञ) जिला अस्पताल के एक मनोचिकित्सक–पदेन सदस्य
(ट) जिले के एक लोक अभियोजक– पदेन सदस्य
(ठ) परियोजना निदेशक, जिला ग्रामीण विकास – पदेन सदस्य
(ड) प्रोजेक्ट ऑफिसर, आईसीडीएस– पदेन सदस्य
(ढ) दिव्यांग व्यक्तियों के लिए कार्य करने वाले 05 गैर–सरकारी संगठनों के प्रतिनिधि जोकि अधिनियम की अनुसूची में परिभाषित दिव्यांगताओं में से कोई 5 अलग–अलग दिव्यांगताओ का प्रतिनिधित्व करते हों – सदस्य
(ण) अध्यक्ष द्वारा आमंत्रित अन्य व्यक्ति सदस्य

समिति के कार्य 20. (क) दिव्यांग व्यक्तियों के पुनर्वास और सशक्तिकरण से संबंधित मामलों पर जिला प्रशासन को सलाह देना।
(ख) अधिनियम के नियमों और उपनियमों के कार्यान्वयन की निगरानी।
(ग) किसी प्राधिकारी द्वारा अधिनियम के प्राविधानों के क्रियान्वयन न किये जाने से संबंधित शिकायतों पर विचार करना एवं शिकायतों के निवारण हेतु उचित उपाय सुझाना।
(घ) राज्य सरकार द्वारा सौंपा गया कोई अन्य कार्य।

समिति की बैठके 21. (क) जिला स्तरीय समिति की बैठक प्रत्येक माह को की जायेगी, जिसका तिथि, समय व स्थान का निर्धारण अध्यक्ष द्वारा किया जायेगा।
(ख) अध्यक्ष, जिला स्तरीय समिति के कम से कम 10 सदस्यों के लिखित अनुरोध पर, समिति की विशेष बैठक बुलाएंगे।

भाग आठ– सलाहकार समिति

राज्य आयुक्त की सहायता के लिए सलाहकार समिति 22 (1) राज्य आयुक्त की सहायता हेतु निम्न रूप में सलाहकार समिति का गठन राज्य सरकार द्वारा किया जायेगा, जिसमें निम्नलिखित सम्मिलित होंगे:–
(क) अधिनियम की अनुसूची में उल्लिखित विनिर्दिष्ट दिव्यांगताओं के किन्ही तीन समूहों में से प्रत्येक का प्रतिनिधित्व करने के लिए तीन विशेषज्ञ, जिनमें से एक महिला विशेषज्ञ होगी, नामित किये जायेंगे।

(ख) राज्य सरकार द्वारा नामित 02 विशेषज्ञ जिनमे 01 विधि एवं 01 शिक्षा अथवा स्वास्थ्य के क्षेत्रों से सम्बन्धित होंगे।

(2) सलाहकार समिति के सदस्यों का कार्यकाल तीन वर्षों की अवधि के लिए होगा।

(3) राज्य आयुक्त, विषय या डोमेन विशेषज्ञ को आवश्यकता के अनुसार आमंत्रित कर सकता है जो उनकी बैठक या सुनवाई में और रिपोर्ट तैयार करने में सहायता करेगा।

राज्य आयुक्त द्वारा वार्षिक रिपोर्ट प्रस्तुत करना

23. (1) राज्य आयुक्त चालू वित्तीय वर्ष के अंत तक एक वार्षिक रिपोर्ट तैयार करेंगे, जिसमें उनके द्वारा किये गये कार्यों का पूर्ण लेखा जोखा का उल्लेख होगा।

(2) विशिष्ट रूप से, उप–नियम (1) में उल्लिखित वार्षिक रिपोर्ट में निम्नलिखित मामलों में से प्रत्येक के संबंध में भी उल्लेख किया जाना होगा :–

(क). राज्य आयुक्त के कार्यालय के अधिकारियों और कर्मचारियों के नाम और संगठनात्मक गठन का चार्ट एवं विवरण।

(ख). अधिनियम के तहत राज्य आयुक्त को दिये गये अधिकार और कार्य।

(ग) राज्य आयुक्त द्वारा की गई मुख्य सिफारिशें।

(घ) राज्य अधिनियम के क्रियान्वयन में हुई प्रगति।

(ङ) अन्य कोई विषय जिसे राज्य आयुक्त द्वारा सम्मिलित किया जाये या राज्य सरकार द्वारा समय–समय पर रिपोर्ट में शामिल किए जाने के लिए निर्दिष्ट किया गया हो।

भाग–नौ– प्रकीर्ण

विशेष लोक अभियोजक के वेतन एवं भत्ते

24. राज्य सरकार विनिर्दिष्ट या नियुक्त विशेष सरकारी अभियोजक के वेतन और अन्य भत्ते, दण्ड प्रक्रिया सहिंता 1973 (अधिनियम संख्या 2 वर्ष 1974) के तहत राज्य सरकार द्वारा नियुक्त अन्य सरकारी अभियोजक के समान होंगे।

दुरुपयोग, हिंसा और शोषण से सुरक्षा के लिए अपनायी जाने वाली प्रक्रिया

25. कोई व्यक्ति या संगठन, दिव्यांगजन के साथ किसी भी प्रकार के दुर्व्यवहार, हिंसा या शोषण की घटना होने पर नजदीकी पुलिस स्टेशन जहां घटना हुई है, लिखित रूप में शिकायत कर सकता है। ऐसी शिकायत की प्राप्ति पर, "दैनिक डायरी" में प्रवेश करने के बाद सम्बन्धित पुलिस स्टेशन का प्रभारी उसी दिन शिकायती प्रकरण को कार्यकारी दंडाधिकारी के पास भेजेगा, जिसके अधिकार क्षेत्र में संबधित पुलिस स्टेशन स्थित हैं।

कार्यपालक मजिस्ट्रेट द्वारा अनुसरित की जाने वाली प्रक्रिया

26 परिवादों पर कार्रवाई करने के प्रयोजन के लिए कार्यपालक मजिस्ट्रेट दंड प्रक्रियां संहिता, 1973 (अधिनियम संख्या 2 वर्ष 1974) की धारा 133 से 143 में दी गई उपबंधित प्रक्रिया का पालन करेगा।

फार्म –क

पंजीकरण प्रमाण पत्र के लिए आवेदन

(नियम 12 देखें)

(1) आवेदक का नाम और पता...
....

(2) किस संस्थान/परियोजना के संदर्भ में आवेदन किया गया :–

(क) संस्थान का नाम ....

(ख) पता और फोन नं0 (पंजीकृत कार्यालय)...

(ग) परियोजना कार्यालय का नाम...

(घ) परियोजना कार्यालय का पता...

(ड) (कार्यालय) फोन/फैक्स..............................ई–मेल आई0डी0...............................

(3) (क) अधिनियम का नाम, जिसके अंतर्गत संगठन पंजीकृत है :...................................

(ख) पंजीकरण संख्या................................ और तारीख.................(कृपया छायाप्रति संलग्न करें)

(4) संगठन का संगम अनुच्छेद और उपनियम (कृपया फोटो प्रति संलग्न करें)..........................

(5) संगठन के प्रबंधन बोर्ड/ कार्यकारिणी के सदस्यों के नाम, पते, व्यवसाय और अन्य ब्यौरा
....
....
....

(6) संगठन की वर्तमान गतिविधियां ....
....

(7) संगठन की वर्तमान सदस्य संख्या और वर्गीकरण। संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज की सूची।

(क) पिछले 3 वर्षों के लिए वार्शिक रिपोर्टों की एक प्रति।

(ख) पिछले 3 वर्षों के लिए सनदी लेखाकार द्वारा प्रमाणित लेखा परीक्षा विवरण

(क) प्राप्ति और भुगतान खाता (पिछले 3 वर्षों के लिए सनदी लेखाकार द्वारा तैयार किया गया)

(ख) आय और व्यय खाता (पिछले 3 वर्षों के लिए सनदी लेखाकार द्वारा तैयार किया गया)

(ग) तुलनापत्रक (पिछले 3 वर्षों के लिए सनदी लेखाकार द्वारा तैयार किया गया)

8. संस्थान में कार्यरत स्टाफ का ब्यौरा निम्नांकित प्रारूप में–

नाम	पुरूष/ महिला	आयु	शैक्षिक योग्यता	पता	सम्पर्क विवरण	दायित्व	वेतन	आर0सी0आई0 पंजीकरण संख्या (आर0सी0आई0 प्रमाण–पत्र की प्रति संलग्न करें)

नोट :– विदेशी स्वयंसेवकों के मामले में पुलिस के जरिये मूल देश अथवा जन्म से पहचान और आपराधिक रिकॉर्ड की जांच अनिवार्य है।

9. संस्थान द्वारा कवर किए गए/प्रस्तावित लाभार्थियों का ब्यौरा तथा दिव्यांगता का स्वरूप निम्नांकित प्रारूप में :–

क्र0 सं0	नाम	पिता का नाम	पुरूष/ महिला	आयु	पता	सम्पर्क विवरण	दिव्यांगता का प्रकार

10. यदि छात्रावास संचालित है तो छात्रावास में रहने वाले सदस्यों की संख्या :..
11. क्या संस्थान स्वयं के/किराए के भवन में स्थित है (समुचित साक्ष्य संलग्न करें)..............................
12. दिव्यांगजनों के लिए बाधामुक्त वातावरण का ब्यौरा :..
....
....
....
13. संगठन का स्वरूप (कृपया इस बात का सही सही ब्यौरा दें कि संस्थान दृष्टिबाधित/मूक एवं बधिर/अस्थि दिव्यांग/मानसिक बाधित व्यक्तियों, आदि के लिए एक शैक्षिक या प्रशिक्षण या आवासीय अथवा कार्यशाला है)।

....
आवेदक के हस्ताक्षर

नाम : ....

पदनाम..

पता...

....

....

तारीख ....

कार्यालय की मुहर...

फार्म –ख

उत्तराखण्ड शासन
समाज कल्याण विभाग–04
देहरादून।

पंजीकरण प्रमाण पत्र

(उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियम, 2019 के नियम 13 के प्रावधान के अंतर्गत जारी)

पंजीकरण संख्या.. दिनांक.......................................

प्रमाणित किया जाता है कि ....(स्वैच्छिक संगठन का नाम), जो समिति पंजीकरण अधिनियम, 1860 / राष्ट्रीय न्यास अधिनियम 1999 के अंतर्गत पंजीकृत है, ने दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 की धारा 21 की उपधारा (2) के अंतर्गत पंजीकरण प्रमाण–पत्र जारी किए जाने संबंधी सभी औपचारिकताएं / प्रक्रिया पूरी कर ली है।

दिनांक ....को जारी पंजीकरण प्रमाण–पत्र दिनांक..............................तक वैध रहेगा।

1. संगठन का नाम और पंजीकृत पता...
2. संगठन की शाखा / परियोजनाओं का नाम और पता...
....
3. संगठन के प्राधिकृत अधिकारी का पूरा नाम और पता...
....

यह पंजीकरण प्रमाण–पत्र वर्ष..................................के...............................महीने की......................तारीख को समाज कल्याण विभाग उत्तराखण्ड के प्राधिकृत हस्ताक्षरी / सक्षम अधिकारी द्वारा जारी किया गया, जो संगठन के प्राधिकृत प्रतिनिधियों द्वारा इसमें वर्णित कार्यशर्तों के अनुपालन के अधीन है।

पंजीकरण प्रमाण–पत्र धारक को इसकी वैधता अवधि समाप्त होने की तारीख से कम से कम 60 दिन पहले पंजीकरण के नवीकरण हेतु आवेदन करना होगा।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित
समाज कल्याण विभाग

पंजीकरण प्रमाण–पत्र की कार्य शर्तें

1. इस पंजीकरण प्रमाण–पत्र का धारक संगठन के लाभार्थियों को निम्नांकित सुविधाएं प्रदान करेगा :
   (क) समुचित सुगम आवास और सुगम स्वच्छता सुविधाएं
   (ख) समुचित चिकित्सा देखभाल और उपचार
   (ग) मनोरंजन की सुविधाएं
   (घ) शैक्षिक और व्यवसायिक या कौशल परीक्षण
2. लड़कियों के लिए आवासीय परिसर, यदि कोई हो, तो वे लड़कों के आवासीय परिसर से पृथक होंगे।
3. इस पंजीकरण प्रमाण–पत्र का धारक स्वयं के अथवा अन्य के किसी निजी प्रयोजन के लिए संगठन के किसी लाभार्थी को नियोजित नहीं करेगा अथवा किसी अन्य को नियोजित करने की अनुमति नहीं देगा।
4. प्रभारी/परियोजना प्रबंधक एवं आगंतुक पुस्तिका रखेगा, जिसमें संगठन का निरीक्षण करने वाले सक्षम प्राधिकारी या उसके द्वारा प्राधिकृत व्यक्तियों का रिकॉर्ड होगा। प्रभारी/परियोजना प्रबंधक उक्त पुस्तिका में दर्ज होने वाली टिप्पणियों की एक प्रति, तत्संबधी अनुपालन रिपोर्ट के साथ सम्बद्ध यात्रा की तारीख से 07 दिन के भीतर सक्षम प्राधिकारी को देगा।
5. पंजीकरण प्रमाण–पत्र धारक द्रिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 के प्रावधानों के अनुसार सक्षम प्राधिकारी या उसके द्वारा प्राधिकृत व्यक्ति की जांच कार्य में सहायता करेगा।
6. प्रमाण–पत्र प्रभारी अधिकारी/परियोजना प्रबंधक के कार्यालय में आमतौर पर स्पष्ट दिखने वाले स्थानों पर प्रदर्शित किया जाएगा।
7. कार्यालय पदाधिकारियों में कोई बदलाव होने पर उसकी जानकारी तत्काल सक्षम प्राधिकारी और सम्बद्ध जिला समाज कल्याण अधिकारी को दी जाएगी।
8. पंजीकरण प्रमाण–पत्र धारक यह सुनिश्चित करेगा कि इस प्रमाण–पत्र का दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 की धारा 6 और 7 के अनुसार कोई दुरूपयोग, उल्लंघन और शोषण नहीं किया जाना चाहिए।
9. प्रमाण–पत्र धारक अधिकारी को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि विदेशी स्वयंसेवकों के मामले में संस्थान/केन्द्र की यात्रा/प्रवास के लिए अनुमति देने से पहले पुलिस के जरिए उनकी मूल देश से पहचान और आपराधिक रिकॉर्ड की जांच की जाए।
10. पंजीकरण प्रमाण–पत्र धारक व्यक्ति यह सुनिश्चित करेगा कि आग बुझाने आदि की तरह की मानव निर्मित/प्राकृतिक आपदाओं के प्रति सुरक्षा के समुचित उपाय किए गए हैं।
11. प्रमाण–पत्र धारक प्रमाण पंजीकरण की शर्तों और दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 के प्रावधानों और उसके तहत बनाए गए नियमों/विनियमों के प्रावधानों का अनुपालन करेगा।

फार्म –ग

उत्तराखण्ड शासन
समाज कल्याण विभाग–04
देहरादून।

पंजीकरण प्रमाण पत्र प्रदान करने से इन्कार करना
(उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियम, 2019 के नियम 13 के प्रावधान के अंतर्गत जारी)

दिनांक..

(उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियम, 2019 के नियम 13 के प्रावधान के अंतर्गत जारी)
.... संगठन (संगठन का नाम और पंजीकृत पता) के श्री...(अधिकृत प्रतिनिधि) ने दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 की धारा 51 की उपधारा (2) के अंतर्गत अपनी.. परियोजना (संगठन की शाखा/परियोजनाओं का नाम और पता) के पंजीकरण के लिए आवेदन किया है। इस संदर्भ में सूचित किया जाता है कि सक्षम प्राधिकारी ने निम्नांकित कमियों के कारण संगठन को पंजीकरण का पात्र नहीं समझा है :

- ....
- ....
- ....
- ....
- ....

एतद द्वारा उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियम 2019 के नियम 13 के अंतर्गत पंजीकरण प्रमाण–पत्र प्रदान न किए जाने से इंकार किया जाता है। यह सलाह दी जाती है कि उपरोक्त कमियां दूर करने के बाद संगठन प्राधिकृत प्रतिनिधि के जरिए नया आवेदन भेजा जाए।

समक्ष प्राधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित
समाज कल्याण उत्तराखण्ड।

फार्म –घ

उत्तराखण्ड शासन
समाज कल्याण विभाग–04
देहरादून।

पंजीकरण प्रमाण–पत्र निरस्त करना
(उत्तराखण्ड दिव्यांगजन अधिकार नियम, 2019 के नियम 13 के प्रावधान के अंतर्गत जारी)

दिनांक...

....संगठन (संगठन का नाम और पंजीकृत पता) के श्री...(अधिकृत प्रतिनिधि) ने दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 की धारा 51 की उपधारा (2) के अंतर्गत अपनी... परियोजना (संगठन की शाखा/परियोजनाओं का नाम और पता) के पंजीकरण के लिए आवेदन किया था और सक्षम प्राधिकारी के अधिनियम और नियमों के सम्बद्ध प्राविधानों के अंतर्गत दिनांक.........................को पंजीकरण प्रमाण–पत्र जारी किया था और अब सक्षम प्राधिकारी के पास ऐसे कारण और प्रमाण है कि पंजीकरण प्रमाण–पत्र धारक ने :–

(क) दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम 2016 की धारा 51 की उपधारा (1) के अंतर्गत पंजीकरण प्रमाण–पत्र जारी/के नवीकरण के लिए आवेदन के संदर्भ में एक बयान दिया है, जो भौतिक दृष्टि से गलत और असत्य है, अथवा

(ख) उन्होंने उन नियमों या कार्यशर्तों का उल्लंघन हुआ है, जिनके तहत प्रमाण–पत्र जारी किया गया था।

अतः दिव्यांगजन अधिकार नियम 2019 के नियम 13 के प्रावधानों के तहत संगठन को जारी किया गया पंजीकरण प्रमाण–पत्र रद्द किया जाता है।

समक्ष प्राधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित
समाज कल्याण विभाग उत्तराखण्ड।

फार्म–1
(दिव्यांगजन नियोक्ता का रिटर्न)

....को समाप्त हुए आधे वर्ष की समाप्ति पर विशेष रोजगार कार्यालय में जमा कराने हेतु छमाही रिटर्न नियोक्ता का नाम एवं पता...
....

प्रधान कार्यालय...

शाखा कार्यालय...

कामकाज का प्रकार/मुख्य गतिविधि..

1. रोजगार

(क) कार्यरत स्वत्वधारी/साझीदार/कमीशन एजेन्ट/अंशकालिक कर्मचारियों एवं प्रशिक्षुओं को छोड़कर सरकार के वेतन रजिस्टर पर वेतनभोगी एवं अनुबंधित कर्मचारियों समेत कुल व्यक्तियों की संख्या। (आंकड़ों में हर वह व्यक्ति सम्मिलित होना चाहिये, जिसका पारिश्रमिक अथवा वेतन सरकारी प्रतिष्ठान द्वारा दिया जाता हो)।

पूर्ववर्ती आधे वर्ष के अंतिम कार्य दिवस पर				
अंधापन एवं क्षीण दृष्टि	बधिर एवं ऊंचा सुनने वाले	प्रमस्तिष्क अंगघात, कुष्ठरोग, बौनापन, एसिड अटैक पीड़ित एवं मासपेशीय अपविकास समेत गति संबंधी दिव्यांगता	स्वलीनता, बौद्धिक अक्षमता, सीखने की दिव्यांगता एवं मानसिक रोग	मूक–बधिरता समेत कॉलम (1) से (4) के अंतर्गत दिव्यांगजनों में एकाधिक दिव्यांगता
1	2	3	4	5

आलोच्य छमाही के अन्तिम कार्यदिवस पर				
अंधापन एवं क्षीण दृष्टि	बधिर एवं ऊंचा सुनने वाले	प्रमस्तिष्क अंगघात, कुष्ठरोग, बौनापन, एसिड अटैक पीड़ित एवं मासपेशीय अपविकास समेत गति संबंधी दिव्यांगता	स्वलीनता, बौद्धिक अक्षमता, सीखने की दिव्यांगता एवं मानसिक रोग	मूक–बधिरता समेत कॉलम (1) से (4) के अंतर्गत दिव्यांगजनों में एकाधिक दिव्यांगता
1	2	3	4	5

दिव्यांग पुरूष...

दिव्यांग महिलाएं...

कुल योग..

(ख) आधे वर्ष के दौरान यदि रोजगार में बढ़त अथवा कमी 5 प्रतिशत से अधिक है तो कृपया रोजगार में इस बढ़त अथवा कमी को इंगित करें।

2. रिक्तियां :–ऐसी रिक्तियां जो प्रतिमाह मौजूदा न्यूनतम वेतन के अनुरूप पारिश्रमिक वाली एवं छः माह से अधिक की कालावधि वाली हो।

(क) छमाही के दौरान पैदा और अधिसूचित हुई रिक्तियों की संख्या और छमाही के दौरान भरे गए पद (दिव्यांगता वाले पुरूषों एवं दिव्यांगता वाली महिलाओं के लिये अलग से संख्या दी जा सकती है)।

रिक्तियों की संख्या जो अधिनियम के कार्यक्षेत्र के अंतर्गत आती हैं
सृजित....................अधिसूचित................................भरी गई..........................श्रोत............................
(उस श्रोत का उल्लेख करें जिससे भरी गई है)

स्थानीय/विशेष रोजगार कार्यालय   सामान्य रोजगार कार्यालय

(ख) आधे वर्ष के दौरान पैदा रिक्तियों को अधिसूचित न करने के कारण, रिपोर्ट संख्या देखें 2 (क)..

3. कार्मिकों की कमी

रिक्तियां/ उपयुक्त आवेदकों की अल्पता के कारण अपूरित पद।

व्यवसाय का नाम अथवा पदों का नाम	अपूरित रिक्तियों/ पदों की संख्या विकलांगता के अनुसार	अनिवार्यता योग्यता	अनिवार्य अनुभव/ वांछित अनुभव

कृपया ऐसे अन्य पेशों की सूची प्रदान करें जिनके संबंध में इस सरकारी प्रतिष्ठान को उपयुक्त आवेदक पाने में किसी प्रकार की समस्या आई हो।

नियोक्ता के हस्ताक्षर

दिनांक................................

प्रति,

रोजगार कार्यालय
....
....

नोटः– यह रिटर्न 31 मार्च/30 सितम्बर को समाप्त हुई छमाही के लिये है एवं सम्बन्धित छमाही की समाप्ति के 30 दिन के अंदर स्थानीय रोजगार कार्यालय को सौंप दिया जाएगा।

फॉर्म–2

(दिव्यांगजन नियोक्ता का रिटर्न)

व्यावसायिक रिटर्न दो वर्ष में एक बार स्थानीय विशेष रोजगार में जमा किया जाना है।

नियोक्ता का नाम एवं पता..

व्यवसाय का प्रकार...

(अपनी प्रधान गतिविधि के रूप में सरकारी प्रतिष्ठान क्या करता है इसका उल्लेख करें)

1. सरकारी प्रतिष्ठान के वेतन रजिस्टर पर दिनांक (तिथि का उल्लेख करें)...को व्यक्तियों की कुल संख्या (आंकड़े में हर वह व्यक्ति सम्मिलित होना चाहिये जिसका पारिश्रमिक अथवा वेतन सरकारी प्रतिष्ठान द्वारा दिया जाता हो) (पुरूष दिव्यांगजन एवं महिला दिव्यांगजन की संख्या अलग–अलग दी जा सकती है)।

2. सभी कर्मचारियों का पेशेगत वर्गीकरण जैसा कि ऊपर बिंदु–1 में दिया है। (कृपया प्रत्येक पेशे में कर्मचारियों की संख्या का नीचे अलग–अलग उल्लेख करें)

व्यवसाय सही शब्द का प्रयोग करें।	कर्मचारियों की संख्या			
	दिव्यांग पुरुष	दिव्यांग महिलायें	कुल	अभियुक्ति
जैसे इंजीनियर (मैकेनिकल) ;				कृपया प्रत्येक व्यवसाय में यथा सम्भव रिक्तियों की सही संख्या निर्दिष्ट करें, जो सेवानिवृत्ति के कारण अगले कैलेन्डर वर्ष में आपके द्वारा भरे जाने की सम्भावना हो।
शिक्षक (गृह / विज्ञान);				
ड्यूटी पर अधिकारी (बीमांकिक);				
सहायक निदेशक (धातुकर्म) वैज्ञानिक सहायक (कैमिस्ट), अनुसंधान अधिकारी (अर्थशास्त्री); प्रशिक्षक (कार्पेन्टर); सुपरवाइजर (दर्जी); फिटर (आंतरिक दहन इंजन); निरीक्षक सैनिटरी); अधीक्षक कार्यालय प्रशिक्षु इलेक्ट्रिशियन)।				
कुल				

तिथि.............................. नियोक्ता के हस्ताक्षर...

प्रति

रोजगार कार्यालय

....

....

(कृपया यहां अपने स्थानीय विशेष रोजगार कार्यालय का पता भरें)

नोटः आइटम संख्या–2 के अंतर्गत कॉलम 5 का कुल योग आइटम संख्या–1 में उल्लिखित संख्या के अनुरूप होना चाहिये।

फॉर्म–।।।
(दिव्यांगजन नियोक्ता का रिटर्न)

नियोक्ता का नाम एवं पता..

प्रधान कार्यालय..

शाखा कार्यालय..

कामकाज का प्रकार/मुख्य गतिविधि..

....

सरकारी प्रतिष्ठान के वेतन रजिस्टर पर वेतनभोगी व्यक्तियों की कुल संख्या। (आंकड़ो में हर वह व्यक्ति सम्मिलित होना चाहिये जिसका पारिश्रमिक अथवा वेतन सरकारी प्रतिष्ठान द्वारा दिया जाता हो)।

सरकारी प्रतिष्ठान के वेतन रजिस्टर पर वेतनभोगी दिव्यांगजनो (दिव्यांगता के प्रकार के अनुसार) की कुल संख्या। (आंकड़ों में हर वह दिव्यांगजन सम्मिलित होना चाहिये जिसका पारिश्रमिक अथवा वेतन सरकारी प्रतिष्ठान द्वारा दिया जाता हो)।

(क) सभी कर्मचारियों का पेशेगत वर्गीकरण जैसा कि ऊपर बिंदु–1 में दिया है। (कृपया प्रत्येक पेशे मे कर्मचारियो की संख्या का नीचे अलग–अलग उल्लेख करें)

व्यवसाय सही शब्द का प्रयोग करें।	कर्मचारियों की संख्या			
	दिव्यांग पुरूष	दिव्यांग महिलायें	कुल	अभियुक्ति
जैसे इंजीनियर (मैकेनिकल) ;				कृपया प्रत्येक व्यवसाय में यथा सम्भव रिक्तियों की सही संख्या निर्दिष्ट करें, जो सेवानिवृत्ति के कारण अगले कैलेन्डर वर्ष में आपके द्वारा भरे जाने की सम्भावना हो।
शिक्षक (गृह/विज्ञान);				
ड्यूटी पर अधिकारी (बीमांकिक);				
सहायक निदेशक (धातुकर्म) वैज्ञानिक सहायक (कैमिस्ट), अनुसंधान अधिकारी (अर्थशास्त्री); प्रशिक्षक (कार्पेन्टर);				
कुल				

(ख) आधे वर्ष के दौरान यदि रोजगार में बढ़त अथवा कमी 5 प्रतिशत से अधिक है तो कृपया रोजगार में इस बढ़त अथवा कमी को इंगित करें..

2. रिक्तियां ऐसी रिक्तियां जो प्रतिमाह मौजूदा न्यूनतम वेतन के अनुरूप पारिश्रमिक वाली छः माह से अधिक की कालावधि वाली हों।

(क) आधे वर्ष के दौरान पैदा एवं अधिसूचित हुई रिक्तियों की संख्या एवं आधे वर्ष के दौरान भरे गए पद

अधिनियम के कार्यक्षेत्र के अंतर्गत आने वाली रिक्तियों की संख्या				
सृजित	अधिसूचित		भरी गई	श्रोत (उस श्रोत का उल्लेख करें जहां से भरी गई है)
	स्थानीय विशेश रोजगार कार्यालय	सामान्य रोजगार कार्यालय		
1	2	3	4	5
कुल				

(ख) आलोच्य छमाही के दौरान पैदा रिक्तियों को अधिसूचित न करने के कारण देखें ऊपर (क)2............................ ।

तिथि................................. नियोक्ता के हस्ताक्षर...

फार्म–IV
(दिव्यांगजनों द्वारा दिव्यांगता का प्रमाण पत्र पाने के लिये आवेदन)

(1) नाम.................................. ....
उपनाम (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

(2) पिता का नाम.. माता का नाम..

(3) जन्मतिथि : ....(शब्दों में)..

(4) आवेदन के समय आयु :......................वर्ष (5) लिंग : (पुरुष / महिला / किन्नर)..............................

(6) पता : (क) (स्थायी पता) ....
....

(ख) वर्तमान पता (अर्थात संवाद के लिए)..
....

(ग) वर्तमान पते पर जब से रह रहे हैं वह अवधि..

(7) शैक्षिक स्थिति (जहां लागू हो उस पर निशान लगाएं)

1 स्नातकोत्तर
2 स्नातक
3 डिप्लोमा
4 उच्च माध्यमिक
5 माध्यमिक
6 उच्च प्राथमिक
7 प्राथमिक
8 गैर–साक्षर

(8) व्यवसाय...

(9) पहचान के चिन्ह (I)...(II)..............................

(10) दिव्यांगता का प्रकार : ....

(11) अवधि, जब से दिव्यांग है: जन्मजात / वर्ष...से

(12) (I) क्या आपने पूर्व में कभी दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिये आवेदन किया है..........................हां / नहीं

(II) यदि हां, तो विवरण दें : ....

(क) किस प्राधिकारी एवं किस जिले में आवेदन किया...

(ख) आवेदन का परिणाम...

(13) क्या पूर्व में आपको दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी किया गया है? यदि हां तो सत्यापित प्रति लगाएं।

– : : घोषणा : : –

मै एद्द द्वारा यह घोषणा करता हूं कि ऊपर दी गई समस्त सूचना मेरे पूर्ण ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही है। इसमें कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छिपायी या गलत कार्य बयां नहीं की गई है। मै भली भांति जानता हूँ कि आवेदन में किसी भी गलत बयानी का पता चलने पर मुझे ऐसे सभी लाभ वापस करने होंगे जो इस तरह के प्रमाण–पत्र से मुझे मिले होंगे और साथ ही मेरे विरूद्ध कानूनी कार्यवाही भी की जाएगी।

....

(दिव्यांगजन के हस्ताक्षर अथवा बाएं हाथ के अंगूठे का निशान
अथवा उसके कानूनी अभिभावक के, यदि व्यक्ति
बौद्धिक अक्षमता / स्वलीनता / प्रमस्तिष्क अंघात एवं
एकाधिक दिव्यांगता इत्यादि से पीड़ित है)

तिथि : ....
स्थान : ....

अनुलग्नक :

1. घर के पते का प्रमाण (प्रयोज्य होने पर निशान लगाए)
   - (क) राशनकार्ड
   - (ख) मतदाता पहचान पत्र
   - (ग) चालक अनुज्ञापत्र
   - (घ) बैंक पासबुक
   - (ङ) स्थायी खाता संख्या (पैन कार्ड)
   - (च) पासपोर्ट
   - (छ) आवेदक के पते का उल्लेख करना टेलीफोन बिजली, पानी एवं अन्य किसी उपयोज्ता का बिल।
   - (ज) पंचायरत, नगरपालिका, छावनी बोर्ड, कोई भी राजपत्रित अधिकारी अथवा सम्बन्धित पटवारी अथवा सरकारी विद्यालय के प्रधानाध्यापक द्वारा जारी निवास प्रमाण–पत्र
   - (झ) यदि दिव्यांगजनों, निराश्रितों, मनोरोगियों एवं अन्य प्रकार की दिव्यांगता के लिये निर्मित किसी आवासीय संस्थान में रहता हो तो उस संस्थान के संचालक द्वारा प्रदान किया गया निवास प्रमाण–पत्र।
2. हाल ही में लिये गये दो पासपोर्ट आकार के फोटोग्राफ

(केवल कार्यालय उपयोग हेतु)

तिथि :
स्थान :

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर

फार्म–V

दिव्यांगता प्रमाण–पत्र

(अंग विच्छेदन अथवा भुजाओं में पूर्ण स्थायी पक्षाघात होने की स्थिति में या बौनेपन एवं अंधेपन की स्थिति में)

देखें नियम 17

(प्रमाण–पत्र जारी करने वाले मेडिकल प्राधिकरण का नाम एवं पता)

पासपोर्ट आकार का हाल ही का अभिप्रमाणित फोटोग्राफ (दिव्यांगजन का केवल चेहरा दर्शाते हुए)

प्रमाण पत्र संख्या..तिथि..
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैनें श्री/श्रीमती/कुमारी..
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री ....जन्मतिथि (दिन/माह/वर्ष)..........................
आयु..वर्ष..............................पुरूष/महिला..
पंजीकरण संख्या ....स्थायी निवास मकान संख्या..........................
वार्ड/ग्राम/गली..पोस्ट ऑफिस..
जिला..................................प्रदेश..जिनका फोटो ऊपर सावधानीपूर्वक परीक्षण कर लिया गया है एवं मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) वह निम्नांकित दिव्यांगता से सम्बन्धित है :–

- गति सम्बन्धी दिव्यांगता
- बौनापन
- अंधापन

(ख) उनके मामले में निदान यह है ....

- उस व्यक्ति में...............................प्रतिशत (संख्या में).............प्रतिशत..............................(शब्दों में) दिशानिर्देशों के अनुसार शरीर के ....भाग में स्थायी हरकत दिव्यांगता/बौनापन/अंधापन विद्यमान है। (................संख्या के दिशानिर्देश जारी करने की तिथि उल्लिखित की जानी है)।
- आवेदक के निवास प्रमाण–पत्र के रूप में निम्न दस्तावेज जमा किये हैं :–

दस्तावेज का प्रकार	जारी करने की तिथि	जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

उप व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके समर्थन में दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी किया जा रहा हैं।

(अधिसूचित मेडिकल प्राधिकरण के प्राधिकारी हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर एवं मुहर)

फार्म–VI
दिव्यांगता प्रमाण–पत्र
(एक से अधिक प्रकार की दिव्यांगता होने की स्थितियों में)
देखें नियम 17
(प्रमाण–पत्र जारी करने वाले मेडिकल प्राधिकरण का नाम एवं पता)

पासपोर्ट आकार का हाल ही का अभिप्रमाणित फोटोग्राफ (दिव्यांगजन का केवल चेहरा दर्शाते हुए)

प्रमाण पत्र संख्या..तिथि..
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी..
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री ....जन्मतिथि (दिन/माह/वर्ष)..............................
आयु..............................वर्ष..............................पुरूष/महिला..............................
पंजीकरण संख्या ....स्थायी निवास मकान संख्या..............................
वार्ड/ग्राम/गली..............................पोस्ट ऑफिस..............................
जिला..............................प्रदेश..............................जिनका फोटो ऊपर
सावधानीपूर्वक परीक्षण कर लिया गया है एवं मैं संतुष्ट हूँ कि :

(क) उनका एकाधिक दिव्यांगता का मामला है। दिशा–निर्देशों के अनुरूप (..................दिशा निर्देशों की संख्या एवं जारी करने की तिथि उल्लिखित की जानी है) उनकी स्थायी शारीरिक खराबी/दिव्यांगता का निम्नलिखित दिव्यांगताओं के अनुसार मूल्यांकन किया जा रहा है एवं निम्न सूची में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने प्रकट किया गया है :–

क्र0 सं0	दिव्यांगता का प्रकार	शरीर का प्रभावित भाग	निदान	स्थायी शारीरिक खरीबी (मानसिक दिव्यांगता में .... प्रतिशत)
1	गति सम्बन्धी दिव्यांगता	@		
2	माशपेशियों का अल्पविकास			
3	ठीक हुआ कुष्ठ रोग			
4	बौनापन			
5	प्रमस्तिष्क अंगघात			
6	एसिड अटैक से पीड़ित			
7	कम दृष्टि	#		
8	दृष्टिहीन	#		
9	बधिर	$		
10	ऊंचा सुनने वाला	$		
11	वाक एवं भाषा सम्बन्धी दिव्यांग			
12	बौद्धिक अक्षमता			
13	विशिष्ट सीखने सम्बन्धी अक्षमता			
14	स्वालीनता			
15	मानसिक विकार			
16	तंत्रिका सम्बन्धी जीर्णरोग			
17	एकाधिक काठिन्य			
18	पार्किसन रोग			
19	हीमोफिलिया			
20	थैलासीमिया			
21	स्किल रोग एनीमिया			

(ख) उपरोक्त प्रकाश में दिशा–निर्देशों के अनुरूप (.................संख्या एवं दिशा–निर्देशों को जारी करने की तिथि उल्लिखित की जानी है) इनकी सम्पूर्ण शारीरिक खराबी इस प्रकार है :–
प्रतिशत संख्या में.........................शब्दों में...

(ग) यह स्थिति क्रमिक/अक्रमिक/आगे बढ़ने वाली/आगे नहीं बढ़ने वाली है.................................

(घ) दिव्यांगता का पुनराकलन है :–

- आवश्यक नहीं
  अथवा
- इसकी अनुशंसा की जाती है ....वर्ष.....................माह बाद एवं इसलिये यह प्रमाण–पत्र तक मान्य होगा।
  दिन.....................माह.....................वर्ष.....................
  @ उदाहरण : बांया/दायां/दोनों हाथ/पैर
  # उदाहरण : एक आंख
  $ उदाहरण : बांया/दायां/दोनों कान

(ङ) आवेदक के निवास प्रमाण–पत्र के रूप में निम्न दस्तावेज जमा किये हैं :–

दस्तावेज का प्रकार	जारी करने की तिथि	जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

(च) मेडिकल प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर :–

सदस्य का नाम एवं मुहर	सदस्य का नाम एवं मुहर	अध्यक्ष का नाम एवं मुहर

उप व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके समर्थन में दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी किया जा रहा है।

फार्म–VII

दिव्यांगता प्रमाण–पत्र
(फार्म V व VI में वर्णित मामलों के इतर मामलों में)
नियम 17 देखें
(प्रमाण–पत्र जारी करने वाले मेडिकल प्राधिकरण का नाम एवं पता)

पासपोर्ट आकार का हाल ही का अभिप्रमाणित फोटोग्राफ (दिव्यांगजन का केवल चेहरा दर्शाते हुए)

प्रमाण पत्र संख्या...तिथि...
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैनें श्री/श्रीमती/कुमारी...
पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री ....जन्मतिथि (दिन/माह/वर्ष).................................
आयु..वर्ष.............................पुरुष/महिला.................................
पंजीकरण संख्या ....स्थायी निवास मकान संख्या.................................
वार्ड/ग्राम/गली...पोस्ट ऑफिस.................................
जिला..............................प्रदेश...जिनका फोटो ऊपर लगा है, सावधानीपूर्वक परीक्षण कर लिया गया है एवं मैं संतुष्ट हूँ कि :–

(क) उनका.......................दिव्यांगता का मामला है। दिशा–निर्देशों के अनुरूप (...................दिशा निर्देशों की संख्या एवं जारी करने की तिथि उल्लिखित की जानी है) उनकी स्थायी शारीरिक खराबी/दिव्यांगता का निम्नलिखित दिव्यांगताओं के अनुसार मूल्यांकन किया जा रहा है एवं निम्न सूची में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने प्रकट किया गया है :–

क्र0 सं0	दिव्यांगता का प्रकार	शरीर का प्रभावित भाग	निदान	स्थायी शारीरिक खरीबी (मानसिक दिव्यांगता में .... प्रतिशत)
1	गति सम्बन्धी दिव्यांगता	@		
2	मांशपेशियों का अल्पविकास			
3	ठीक हुआ कुष्ठ रोग			
4	बौनापन			
5	प्रमस्तिष्क अंगघात			
6	एसिड अटैक से पीड़ित			
7	कम दृष्टि	#		
8	दृष्टिहीन	#		
9	बधिर	$		
10	ऊंचा सूनने वाला	$		
11	वाक एवं भाषा सम्बन्धी दिव्यांग			
12	बौद्धिक अक्षमता			
13	विशिष्ट सीखने सम्बन्धी अक्षमता			
14	स्वालीनता			
15	मानसिक विकार			
16	तंत्रिका सम्बन्धी जीर्णरोग			
17	एकाधिक काठिन्य			
18	पार्किसन रोग			
19	हीमोफिलिया			
20	थैलासीमिया			
21	सिकल रोग एनीमिया			

(ख) उपरोक्त प्रकाश में दिशा–निर्देशों के अनुरूप (..................संख्या एवं दिशा–निर्देशों को जारी करने की तिथि उल्लिखित की जानी है) इनकी सम्पूर्ण शारीरिक खराबी इस प्रकार है :–
प्रतिशत संख्या में.........................शब्दों में...

(ग) यह स्थिति क्रमिक/अक्रमिक/आगे बढ़ने वाली/आगे नहीं बढ़ने वाली है....................................

(घ) दिव्यांगता का पुनराकलन है :–

- आवश्यक नहीं
  अथवा
- इसकी अनुशंसा की जाती है ....वर्ष.....................माह बाद एवं इसलिये यह प्रमाण–पत्र तक मान्य होगा।
  दिन....................माह...................वर्ष....................
  @ उदाहरण : बांया/दायां/दोनों हाथ/पैर
  # उदाहरण : एक आंख
  $ उदाहरण : बांया/दायां/दोनों कान

(ङ) आवेदक के निवास प्रमाण–पत्र के रूप में निम्न दस्तावेज जमा किये हैं :–

दस्तावेज का प्रकार	जारी करने की तिथि	जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

(अधिसूचित मेडिकल प्राधिकरण के प्राधिकारी हस्ताक्षरी)
(नाम एवं मुहर)
प्रतिहस्ताक्षरकृत
(मुख्य चिकित्साधिकारी/चिकित्सा अधीक्षक/
सरकारी अस्पताल के प्रधान अधिकारी के प्रतिहस्ताक्षर/
अंगूठे का निशान एवं मुहर,
यदि प्रमाण–पत्र ऐसे मेडिकल प्राधिकरण की ओर से जारी किया जा रहा है, जो सरकारी कर्मचारी नहीं है, (मुहर सहित)

उप व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके समर्थन में दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी किया जा रहा है।

नोट : यदि यह प्रमाण–पत्र ऐसे मेडिकल प्राधिकारी द्वारा जारी किया गया है जो सरकारी कर्मचारी नहीं है तो यह केवल जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होने पर ही मान्य होगा।

फार्म–VIII

(दिव्यांगता प्रमाण–पत्र के आवेदन के अस्वीकृत होने की सूचना)

पत्र संख्या..................... तिथि.................................

सेवा में,

आवेदक का नाम एवं पता

....

....

प्रमाण–पत्र संख्या..............................

विषयः– दिव्यांगता प्रमाण–पत्र के आवेदन का अस्वीकारीकरण।

श्रीमान/सुश्री

1. दिनांक ....को निम्न दिव्यांगता...के बारे में दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी करने के लिये कृपया आपके आवेदन के सन्दर्भ में सूचित किया जाता है कि :–

2. उपरोक्त आवेदन के आधार पर अधोहस्ताक्षरी/चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा आपका दिनांक .... को परीक्षण किया गया। परीक्षण उपरान्त आपको मुझे यह जानकारी देते हुए खेद है कि निम्न कारणों से आपके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण–पत्र जारी किया जाना सम्भव नहीं है :–

- ....
- ....
- ....
- ....
- ....

3. यदि आवेदन अस्वीकार होने के कारण आप व्यथित हैं तो आप...के समक्ष इस निर्णय की समीक्षा के लिये प्रस्तुत हो सकते हैं।

भवदीय

(अधिसूचित मेडिकल प्राधिकरण
के प्राधिकृत हस्ताक्षरी)
(नाम एवं मुहर)

आज्ञा से,

एल0 फैनई,
सचिव।