

STANDARD FORMAT OF THE CERTIFICATE

Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate

Certificate No. _____

Date 19/2/15

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Shri / Smt. / Kum Srinidhi n.m. Bhat
son / wife / daughter of Shri Mohan Bhat
Age 30yrs old male / female, Registration No. _____ is a case of
Retinitis pigmentosa & optic atrophy (partial) He/She is
Physically disabled / visual disabled / speech & hearing disabled and has 70% % (Seventy)
percent) permanent (physical impairment/visual impairment / speech & hearing impairment) in relation to
his/her _____

Note :

This condition is progressive / non-progressive / likely to improve/not likely to improve.*

Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months / years.*

* Strike out whichever is not applicable.

Dr. Sd/43394
Sd/43394
ನೀತ್ರ ತಜ್ಞರು. (Ophthalmologist)
ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ.
(Specialist)
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು.

M. (Sd/-)
(Doctor)
Seal
ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ.
(Physician)
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು.

Sd/
(Doctor)
Seal
(Chairman)
Medical Board
ಅರಸೀಕೆರೆ ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ,
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು-577 101

Signature / Thumb impression
of the patient.



Dr. Sd/577 101
Sd/577 101
Gowda General Hospital
Chikmagalur-577 101

Countersigned by the
Medical Superintendent / CMO/
Head of Hospital (with seal)

"ದೃಢೀಕರಿಸಿದೆ"
Sd/
Sd/577 101
ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು-577 101

449019



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

Government of Karnataka



ಕ್ರ.ಸಂ.

Sl.No.

26 940

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮತ್ತು
ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ

DISABILITY CERTIFICATE AND IDENTITY
CARD FOR DIFFERENTLY ABLED PERSONS

ವಿಕಲಚೇತನರ ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರ ಸಬಲೀಕರಣ

ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು

DIRECTORATE FOR THE EMPOWERMENT
OF DIFFERENTLY ABLED AND
SENIOR CITIZENS, RANGALORE

ಸ.ಕೇ.ಮು.ಬೆಂ.-59 - 2,00,000 ಪ್ರತಿಗಳು - 14/07/2011



(ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ (ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದು) ರಿ. ನಂ. 27859
577 101
(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE
MEDICAL AUTHORITY MEMBER)



3

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ
ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಅ/184/ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ/2004
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 28-06-2004

1. ಉಚಿತ/ರಿಯಾಯಿತಿ ಬಸ್ ಪಾಸ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು
2. ರೈಲ್ವೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
3. ವಿಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
4. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
5. ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿ/ನಕಲನ್ನು ನೀಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಹುದು
6. ಆಧಾರ/NHFDC ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
7. ಆಶ್ರಯ, ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧಿ, ಸ್ವರ್ಣ ರೋಜ್‌ಗಾರ್ ಯೋಜನೆ ಮುಂತಾದ ನಿವೇಶನ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು
8. ವಿಕಲಚೇತನರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ/ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ವಿಕಲಚೇತನರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ

(ವಿಕಲಚೇತನರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)

**(DISABILITY CERTIFICATE &
IDENTITY CARD FOR THE
DIFFERENTLY ABLED PERSONS)**

Form No. II:- In case of amputation or complete permanent paralysis of Limbs and in case of Blindness.

Form No. III & IV:- In case of multiple Disabilities and other single 7 Disabilities.

ಕೆ.ಎ.ಸಿ.ಎ. (Village) ಕೆ.ಎ.ಸಿ.ಎ. (Taluk) ಕೆ.ಎ.ಸಿ.ಎ. (District)

**Name and Address of the
Medical Authority Issuing Disability**

Certificate

(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ದೃಢೀಕರಣವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಇ/65/ಓಪೆಚ್/2011 ದಿನಾಂಕ:18-02-2011ರಂತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ನಮೂದಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು.

Differently abled persons % of disability has to be diagnosed, specified and certified as per the Govt. Order No:WCD/PHP/65/2011 Dated:18-02-2011)

ಮೇಲ್ಕಂಡ ಭಾವಚಿತ್ರದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ.

As per the above persons affixed Photograph, I am/ We are/Satisfied and Certified said persons as below.

Sl. No.	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical Impairment/ Mental Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	@		
2.	Low Vision	#		
3.	Blindness	Both		
4.	Hearing Impairment	L		
5.	Mental Retardation	X		
6.	Mental Illness	X		
7.	Multiple Disabilities			

Please tick out (x) the Disabilities which are not applicable.

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಕ್ರ.ಸಂ.

Certificate Serial No.

ದಿನಾಂಕ: 22.1.12

Dated:

- ಹೆಸರು
Name ಶ್ರೀನಿಧಿ ಎಸ್. ಎಮ್ ಭಟ್
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಗಂಡನ/
ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು ಮಂಜುಳ ಭಟ್
Father/Mother/Husband/
Guardian Name
- ಖಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ
(ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ, ಉಪ ರಸ್ತೆ)
Permanent Residence ತೆಂಗಿನಮನೆ
Address (D.No./Main/Cross) ತೆಂಗಿನಮನೆ (602) ಕೆ.ಎ.ಸಿ.ಎ.
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ
Date of Birth 7-5-1994
- ವಯಸ್ಸು
Age 17
- ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು
(ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು
ಪ.ಜಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ಪಂ. ಇತರೆ)
Specify Caste/ Sub Caste
(clearly SC, ST, OBC, & Other) ಶತಕಿ ಬ್ರಾಹ್ಮಣ
- ಹೆಣ್ಣು
Female ಗಂಡು
Male ಗಂಡು
- ಉದ್ಯೋಗ
Occupation ಮುದ್ರಣಿ (ತಾಪಿ)
- ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4 ರಂತೆ)

A. He / She is a case of Visual Disability.
His/Her extent of permanent Physical Impairment/
Disability has been evaluated as per specified
Guidelines for the disabilities ticked () above
and shown against the relevant Disability in the
above table.

B. 1. In the light of the above, His / Her overall
permanent Physical Impairment as per the
specified guidelines is as follows -

In figures 40 percent (%)

In words Forty Percent (%)

2. The condition is progressive / non progressive /
likely to improve / not likely to improve

10. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾದ ಸೂಕ್ತ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರ

Recommended suitable Aids and Appliances

1.

2.

3. Srinidhi Bhat

11. ವಿಕಲಚೇತನರ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು :

Signature : Thumb Impression
of Differently abled persons

ಭಾಗ - II

ಪೃಥ್ವ್ಯಾಧಿಶಾಸಕರು ಗುರ್ಜಿನ ಚಿಟಿಯಲ್ಲಿ
ನಮೂದಿಸಿದಂತೆ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ
ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣ

ಕು-ಛ್ರಿ ನಿಂದ ಅಂ ಬಂದ
ನರಹ ದ-ಬಲಿ ಅಂ ಬಲಕ್ಕೆ ವ-ತ್ತ
ಬಲಿ ಎ-ಬಲಿ ಮ-ಬಲಿ 7ನೇ/ನರ

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು
ಮತ್ತು ಪದವಿಗುರು

SENIOR SPECIALIST
CIVIL ENGINEER
GOVT WORKS DEPT HOSPITAL

ಅಂಗವಿಕಲರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುಣಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆ

దశాంశ రత్న చక్ర

ಈ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಗುರ್ತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಎಲ್ಲಾ ವಿಧಗಳಿಂದಲೂ ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದು ಇವರಿಗೆ ಗುರ್ತಿನ ಚೀಟಿ ಸಿಕ್ಕಿರುವುದರಿಂದ.....ನಿರ್ದಯವಾಗಿದೆ.

Figure 1

ਦਿਸ਼ਾ : _____ :



(१०००)

ತದಸೀಲ್ದಾರರು

காவுதல்

ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ..... ಸಂಖ್ಯೆಯ ಗುರುತಿತ ಭೂಮಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

20

பிழைப்பு :

ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು.



ಅದೇಶ ಸಂ:ಸಕಇ:248:ಪಿಎಚ್‌ಪಿ:93 ದಿನಾಂಕ: 3.9.1994ಕ್ಕೆ ಅನುಬಂಧ - III

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಅಂಗವಿಕಲ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ

ಕಡಿ, ಪೊಡಿಯಂ ಬ್ಲಾಕ್, ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಡಾ. ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ವೀಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು-1.

ಭಾಗ - I

ಅರ್ಜಿ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಅಂಗವಿಕಲ ಪರಿಚಯ ಪತ್ರಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ

1) ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು

ಶ್ರೀಶ್ರೀಮತಿ:ಕುಮಾರಿ ದಿವ್ಯಶ್ರೀ

2) ತಂದೆ:ಗಂಡ:ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು

3) ಹುಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಳ

4) ತಾಲ್ಲೂಕು

5) ಜಿಲ್ಲೆ

6) ವಿಳಾಸ (ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ಸಹಿತ)

7) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು

8) ಜಾತಿ (ಒಳ ಜಾತಿ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

9) ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಮತ್ತು ಅನುಭವ

10) ಉದ್ಯೋಗ

11) ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ

12) ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ:ಪ್ರಮಾಣ (ಶೇಕಡೆವಾರು)

13) ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವಿವರ

14) ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

15) ಪತ್ರ ಹಚ್ಚಲಾಗುವ ಬಿಡ್ಡೆಗಳು

ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ಸಂಗತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ನಿರ್ದೇಶನ

ಸಹಿ:

ಅರ್ಜಿದಾರನ:ಳ ಸಹಿ.

ಸೂಚನೆ:-

- 1) ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಅಸತ್ಯತೆ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಗುರ್ತಿನ ಜೀಟಿಯನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸಲಾಗುವುದು.
- 2) ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಮ್ಮ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಮೂರು ಭಾವ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಅರ್ಜಿಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

Me T

ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ

NO. 1000
1000



ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ

ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
(ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ)

(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE MEDICAL BOARD MEMBER)

ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ
ಮಾನ್ಯ ಸಿ. ಜಯರಾಮಯ್ಯ ಮಂತ್ರಿ

Chairman

Department of Mass
Communication and Journalism
Mangalore University
Mangalagangothri - 574 199

MCJ

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ
ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಲ / 184 / 2004 / 2004
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 28-06-2004

1. ಉಚಿತ / ರಿಯಾಯಿತಿ ಬಸ್ ಪಾಸ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು
2. ರೈಲ್ವೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
3. ವಿಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
4. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
5. ಸರ್ಕಾರದ ಏವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿ/
ನಕಲನ್ನು ನೀಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಹುದು.
6. ರಾಜ್ಯ / NFDC ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
(ಆಹಾರದ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಪ್ರಯೋಜನಗೊಳಿಸಲು ಯೋಜನೆ
ಮುಂತಾದ ನಿವೇಶನ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು
ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ / ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ಅಂಗವಿಕಲ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ
ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ
ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಇತರ ಯೋಜನೆಗಳು

(ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)
(IDENTITY CARD)

ಗ್ರಾಮ (Village)	ತಾಲೂಕು (Taluk)	ಜಿಲ್ಲೆ (District)
ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ (Serial No.)	ದಿನಾಂಕ (Dated)	
1. ಹೆಸರು Name		
2. ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಗಂಡನ ಪರೀಕ್ಷಾಕರ ಹೆಸರು Name of the Father/Mother/ Husband / Guardian		
3. ವಿಳಾಸ / Address		
4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ Date of Birth		
5. ವಯಸ್ಸು / Age		
6. ಜಾತಿ (ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು) Caste (Mention sub caste clearly)		
7. ಉದ್ಯೋಗ / Occupation		

8. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
Certificate by Medical Board

12. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮುದ್ರೆ
Signature of Medical Board Members with Designation & Seal
(ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮುದ್ರೆ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಳಾ : 107 ; ಫಿಲಿಪ್ : 2003)
(As per Govt. Order No. : ಮಮಳಾ 107 / PHP : 2003 dated 11th July 2003)

(1) ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ
(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ವಿವರವನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಬರೆಯುವುದು)
Nature of Disability (Give complete description of Disability)

Post traumatic partial paralysis of left great toe with swelling & deformity left foot
Fasciitis

(2) ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ
(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಶೇಕಡಾ ನಮೂದಿಸುವುದು)
Percentage of Disability

(3) ಖಾಯಂ/ಸುರಕ್ಷಿತ/ಪ್ರಚಯ ಅಥವಾ ಖಾಲಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಂಶ
Whether permanent or duration for which issued

DIST. SUREKMA
MANGALURU

19. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗುವ ಸಲಹೆ
Recommended suitable Aids and Appliances

10. ಅಂಗವಿಕಲರ ಸಹಿ / ಹಸ್ತಚಿಹ್ನೆ ಗುರುತು : *Rakshitha*
Signature of Disabled persons
Impression of Disabled persons

11. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ
Identification Mark
1. ಇಲಾಖಾಗಳದ ಚಿಹ್ನೆ
2. ಬಳಕೆಗಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಹ್ನೆ



ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು
District Disabled Welfare Officer

ದಿನಾಂಕ / Date

ಮೊಹರು



P. UM
P. (Ortho)
Reg.

Dep. of Orthopaedics
Kasturba Medical College
& H.M.O. Govt. Medical College
BANGALORE - 560 001
(ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE MEDICAL BOARD MEMBER)

ಗುರುತನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ
ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಅ / 184 / ವಿಹೆಚ್‌ಪಿ / 2004
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 28-06-2004

1. ಉಚಿತ / ರಿಯಾಯಿತಿ ಬಸ್ ಪಾಸ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು
2. ರೈಲ್ವೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
3. ವಿಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
4. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
5. ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿ ಚೀಟಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿ / ನಕಲನ್ನು ನೀಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಹುದು.
6. ಆಧಾರ / NHFDC ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
7. ಆಶ್ರಯ, ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧಿ, ಸ್ವರ್ಣ ರೋಜ್‌ಗಾರ್ ಯೋಜನೆ ಮುಂತಾದ ನಿವೇಶನ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು
8. ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ / ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ಅಂಗವಿಕಲ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ
10. ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಇತರೆ ಯೋಜನೆಗಳು

3
(ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)
(IDENTITY CARD)

.....
(village) (Taluk) (District)

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ: 122/10
Serial No. 122/10

ದಿನಾಂಕ: 28/08/20
Dated: 28/08/20

- | | |
|--|--|
| 1. ಹೆಸರು
Name | : ನವೀನ |
| 2. ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಗಂಡನ
ಮೋಷಕರ ಹೆಸರು
Name of the Father/Mother/
Husband / Guardian | : 40 ಗಿಣ್ಣು ಗೌಡ
ಕೀರ್ತಿ ಕೊಡಂಜರಪ್ಪ
ಮವೆ. ವಡ್ಡಿರುತ್ತಾ
ಮತ್ತೂರು ಅಂಚೆ
ಅಂಚ್ಚಿ ತಾಳಾಕು-ಹ-ಕ |
| 3. ವಿಳಾಸ / Address | |
| 4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ
Date of Birth | : 15 ವರ್ಷ |
| 5. ವಯಸ್ಸು / Age | |
| 6. ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು
ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು)
Caste (Mention sub
caste clearly) | : ಗೌಡ |
| 7. ಉದ್ಯೋಗ / Occupation | |

ಮಂಡಲಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ :
Certificate by Medical Board

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ
(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು
ವಿವರವಾಗಿ ಬರೆಯುವುದು)
Nature of Disability (Give complete
description of Disability)

Hemendra

80-1.

(Eighty)

(2) ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ :
(ಪ್ರತಿಶತವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು)
Percentage of Disability

(3) ಮಾಯಂ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯೇ ಅಥವಾ
ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅವಧಿ :
Whether permanent or duration
for which issued

9 ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾದ ಸೂಕ್ತ
ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರ :
Recommended suitable
Aids and Appliances
1.
2.
3.

10. ಅಂಗವಿಕಲರ ಸಹಿ / ಹೆಚ್ಚಟ್ಟಿನ ಗುರುತು : < Sathisha
Signature : Thumb
Impression of Disabled persons

11. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ :
Identification Mark
1.
2.

12. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರ
ಸಹಿ ಮತ್ತು ಪದನಾಮ (ಮೊಹರು) :
Signature of Medical Board
Members with Designation / Seal

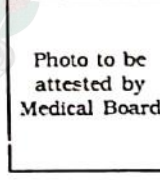
(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮುಮಆ : 107 : ಡಿ. 28 : 2003
ದಿನಾಂಕ : 11 ನೇ ಜುಲೈ 2003ರ ಪ್ರಕಾರ)
(As per Govt. Order No. : ಮುಮಆ.ಆ.ಆ.ಆ. 2003
Dated 11th July 2003).

Dr. P. UNNAMANDA (MALYAR)
O. (Ortho) M.S. (Ortho)
Reg. No. 13237

Reg. No. 13237
Kasturba Med. Coll. & Hosp.
H.N.O. Govt. W. 100
MANGALORE.

Dr. P. UNNAMANDA (MALYAR)
O. (Ortho) M.S. (Ortho)
Reg. No. 13237

Reg. No. 13237
Kasturba Med. Coll. & Hosp.
H.N.O. Govt. W. 100
MANGALORE.



ಸ್ಥಳ / Place :
ದಿನಾಂಕ / Date :

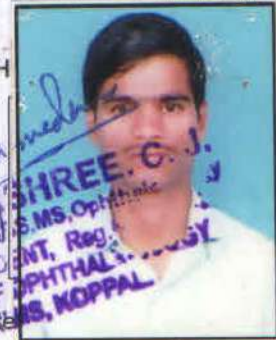
ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು
District Disabled
Welfare Officer
Seal
ಮೊಹರು

Form - II

DISABILITY CERTIFICATE

(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs and in cases of blindness)
(See Rule 4)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE)



Certificate No.

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. Manjunath
Son/wife/daughter of Shri Erappa
Date of Birth 04/04/1994 Age 22 yrs. years, male/female male
(DD/MM/YY)

Registration No. 795041 permanent resident of House No. - Ward/Village/Street
Bannikoppa Post Office Bannikoppa District Koppal State Karnataka
whose photograph is affixed above, and am satisfied that :

(A) he/she is a case of :

- Locomotor disability
- Blindness ☒

(Please tick as applicable)

(B) the diagnosis in his/her case is BE Retinal degeneration & nystagmus
(C) He/She has 100 % (in figure) Hundred Percent (in words) permanent physical
impairment/blindness in relation to his/her Eye (part of body) as per 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
<u>voters card.</u>	<u>12/6/13</u>	<u>Govt of india</u>

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

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

Dr. Jayashree C. J.
MBBS, MS, Ophthalmology
SR. RESIDENT, Reg. No. 73764
DEPT OF OPHTHALMOLOGY
KIMS, KOPPAL

25/5/16



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಉಪವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಾರ್ಯಾಲಯ, ಕೊಪ್ಪಳ.

ಸಂಖ್ಯೆ/ಕಂ/ಸಂಕೀರ್ಣ/ಹೈ.ಕ/371-ಜೆ/ವೈಎಲ್‌ಬಿ / 2076 /2015-16

ದಿನಾಂಕ: 20/7/2015

ಅನುಬಂಧ-ಎ

ಅರ್ಹತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

(ಅನುಚ್ಛೇದ 371 (ಜೆ) ಮೇರೆಗೆ)

(3(3) ನೇ ನಿಯಮ ನೋಡಿ)

(ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ನೀಡಲು ಕರ್ನಾಟಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉದ್ಯೋಗ/ಶೈಕ್ಷಣಿಕ
(ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ನೇಮಕಾತಿಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಾತಿ) ನಿಯಮಗಳು-2013)

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ /ಕುಮಾರಿ/_____ಮಂಜುನಾಥ_____ಇವರು

_____ಇವರ ಮಗ /ಮಗಳು/ಹೆಂಡತಿಯಾಗಿದ್ದು ಇವರು ಕರ್ನಾಟಕ

ರಾಜ್ಯದ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ _____ಗ್ರಾಮ/ಪಟ್ಟಣ/ನಗರದ

ಸ್ಥಳೀಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ.



(ಪಿ.ಎಸ್. ಮಂಜುನಾಥ)

ಉಪವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿಗಳು

ಕೊಪ್ಪಳ ಉಪವಿಭಾಗ

_____ಕೊಪ್ಪಳ

ಕರ್ನಾಟಕ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ (ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಭಾಗದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರವೇಶ ನಿಯಂತ್ರಣ) ಆದೇಶ-2013 ರ ನಿಯಮ-4ಎ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉದ್ಯೋಗ(ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ನೇಮಕಾತಿ ಮೀಸಲಾತಿ) ಆದೇಶ-2013ರ ನಿಯಮ-6ರ (ಸರ್ಕಾರಿ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಸಂಖ್ಯೆ/ಡಿಪಿಎಆರ್-06/ಪಿಎಲ್‌ಎಸ್/2012 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ 06-11-2013)ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗ/ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಸೂಚನೆ - ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿರುವುದು ಅಥವಾ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳು ಸುಳ್ಳು ಎಂದು ಧೃಢಪಟ್ಟಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಪಡೆದವರ ಮೇಲೆ ಸೂಕ್ತ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಲಾಗುವುದು, ಅಲ್ಲದೆ ತತ್ಕ್ಷಣದಲ್ಲಿಯೇ ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸಿ ಹಿಂಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಿಆರ್‌ಇ 115 ಸೆನೆಸಿ 2005,
ದಿನಾಂಕ 19-11-2005

This is to certify that Sri/Smt/Kam.
Son/Wife/Daughter of Shri Age old,
male/female, Registration No. is a case of

He/She is physically disabled visual disabled speech & hearing disabled and has
& .100. percent) permanent (Physical impairment visual impairment speech & hearing
impairment) in relation to his/her Bilateral Retinal Degeneration

1. This condition is progressive/non progressive likely to improve / not likely to improve.
2. Re-assessment is ☒ not recommended / is recommended after a period of
..... months/years.



DOCTOR
(Seal)

DOCTOR MAHENDRA S. V. M.D.
(Said)
Senior Specialist (Physician)
District Hospital, KOPPAL.
KMC Reg. No : 37801.

Countersigned by the
Medical Superintendent/CMO/Head of Hospital
(with seal)



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
Government of Karnataka

ಕ್ರ.ಸಂ.

Sl.No. 5912/17-18

930049

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಮತ್ತು
ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ

**DISABILITY CERTIFICATE AND IDENTITY
CARD FOR DIFFERENTLY ABLED PERSONS**

ವಿಕಲಚೇತನರ ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರ ಸಬಲೀಕರಣ
ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು

**DIRECTORATE FOR THE EMPOWERMENT
OF DIFFERENTLY ABLED AND
SENIOR CITIZENS, BANGALORE**

3

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ
ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಅ/184/ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ/2004
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 28-06-2004

1. ಉಚಿತ/ರಿಯಾಯಿತಿ ಬಸ್ ಪಾಸ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು
2. ರೈಲ್ವೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
3. ವಿಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
4. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
5. ಸರ್ಕಾರದ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿ/ನಕಲನ್ನು ನೀಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಹುದು
6. ಆಧಾರ/NHFDC ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
7. ಆಶ್ರಯ, ರಾಜೀವ್‌ಗಾಂಧಿ, ಸ್ವರ್ಣ ರೋಷ್‌ಗಾರ್ ಯೋಜನೆ ಮುಂತಾದ ನಿವೇಶನ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು
8. ವಿಕಲಚೇತನರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ/ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ವಿಕಲಚೇತನರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ

2



Surgeon,
District Hospital, Udupi

(ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಅಳತೆಯ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ

ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

(PASS PORT SIZE PHOTO TO BE ATTESTED BY THE
MEDICAL AUTHORITY MEMBER)

4

(ವಿಕಲಚೇತನರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)

(DISABILITY CERTIFICATE &
IDENTITY CARD FOR THE
DIFFERENTLY ABLED PERSONS)

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಇ/65/ಪಿಎಚ್‌ಪಿ/2010
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3681
ರಿಂದ 3717ರಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳು ನಿಯಮಾನುಸಾರ
ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3684 ರಿಂದ 3615ರಲ್ಲಿನ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು
ಇಲಾಖೆಯ Website: www.welfareof disabled.kar.nic.in
ಅಂತರ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಅವಶ್ಯಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ,
ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಈ ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಕಾಲಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಶ್ರೀಮತಿ ಲಕ್ಷ್ಮಿ ಎಂ.ಎಂ.ಎಂ.
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ

ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ ರವರ
ಕಛೇರಿ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:
(District Disabled Welfare Office Register No
ಸಕಾಲ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:
(Medical Authority Register No

ದಿನಾಂಕ:
Dated:
ದಿನಾಂಕ:
Dated: 3.11.11

- ಹೆಸರು
Name ಚಂದನಾ 15.5
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಗಂಡನ/
ಮೋಜಕರ ಹೆಸರು ಶ್ರೀ ರೈಶಿ 15.5
Father/ Mother/Husband/
Guardian Name #1-1411, ಉಮಾನಿಲಯ
- ಖಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ
(ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ, ಉಪರಸ್ತೆ)
Permanent Residence ಅಣ್ಣಿಗೇರಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ವಲಯದ ಬಳಿ
Address (D. No. / Main/Cross) ಚಿತ್ರಾಣಿ, ಶಾಲಾಂಗುಲಿ, ಉಡುಪಿ
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ
Date of Birth 17.01.1995
- ವಯಸ್ಸು
Age 16
- ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು
ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು
ಪ.ಜಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ವ., ಇತರೆ
(Specify Caste/ Sub Caste
(clearly SC, ST, OBC, & other)
- ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡು
Female Male
- ಉದ್ಯೋಗ
Occupation
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4 ರಂತೆ)

**Name and Address of the
Medical Authority Issuing Disability**

Certificate

(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು/ದೃಢೀಕರಣವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:
ಮಮಇ/65/ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ/2011 ದಿನಾಂಕ:21-09-2011ರಂತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು
ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ನಮೂದಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು.

Differently abled persons % of disability has to be
diagnosed, specified and certified as per the Govt.
Order No:WCD/PHP/65/2011 Dated:21-09-2011)

ಮೇಲ್ಕಂಡ ಭಾವಚಿತ್ರದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು
ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ.

As per the above persons affixed Photograph, I am/
We are/Satisfied and Certified said persons as below.

Sl. No.	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical Impairment/ Mental Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	@		
2.	Low Vision	#		
3.	Blindness	Both		
4.	Hearing Impairment	L		
5.	Mental Retardation	X		
6.	Mental Illness	X		
7.	Multiple Disabilities			

Please strike out (x) the Disabilities which are not
applicable.

A. He / She is a case of Disability.
His/Her extent of permanent Physical Impairment/
Disability has been evaluated as per specified
Guidelines for the disabilities ticked () above
and shown against the relevant Disability in the
above table.

B. 1. In the light of the above, His / Her overall
permanent Physical Impairment as per the
specified guidelines is as follows -

In figures percent (%)

In words Percent (%)

2. The condition is progressive / non progressive /
likely to improve / not likely to improve

10. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾದ ಸೂಕ್ತ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರ

Recommended suitable Aids and Appliances

- 1.
- 2.
- 3.

11. ವಿಕಲಚೇತನರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು :
Signature : Thumb Impression
of Differently abled persons

Chandanna. K.S.

12. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ /
Identification Mark

- 1.
- 2.

13. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ
ಮತ್ತು ಪದನಾಮ/ಮೊಹರು/ಭಾರತೀಯ/
ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ
ಮಂಡಳಿಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.

Signature of Medical
Authority Members
with Disignation/Seal/
Medical Council of India/
Karnataka Registration No.

(1) ಅಧ್ಯಕ್ಷರು
(Chairman) Name
and Seal with KMC
Registration No.

**DISTRICT SURGEON
DISTRICT HOSPITAL
UDUPI-576101**

(2) ಸಂಬಂಧಿತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು
(Concerned Specialist)
Name and Seal with
KMC Registration

(3) ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು
(Physician) Name and
Seal with KMC
Registration No.

ಜಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ
Ophthalmic Surgeon,

(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮು.ಆ.ಆ.ಆ.ಸಂ. 11/2011ರ
 ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪ್ರಕಾರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ
 ಏಕ ಸದಸ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಈ ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ
 ಕ್ರ. ಸಂ. 1 ರಲ್ಲಿಯೇ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವ ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಕ್ರ. ಸಂ. 2, 3ರನ್ನು
 ಕೈಬಿಡುವುದು.)

As per Govt. Order No.: ಮಮಲಾ/ 65/ PHP/2010,
Dated: 21-09- 2011 (In case of Medical Authority
at Primary Health Centre only Single Member
Authority is constituted, hence he has to certify
at Sl.No. 1 and remaining Sl. No. 2 & 3 has to be
ignored)

ಈ ಗುರುತಿನ ಜೀಟಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಲ:33:
ಪಿ.ಹೆಚ್.ಪಿ.:2002 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ:2ನೇ ಮಾರ್ಚ್ 2002ರ ಪ್ರಕಾರ
ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

This identity card issued as per Govt. Order No. WCD : 33: PHP :2002 Bangalore, Dated 2nd March 2002.

ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕವಿಕಲರ
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು
District Disabled
Welfare officer

ಸ್ಥಳ / Place : ಬಾಚ್ಚಿ
ದಿನಾಂಕ / Date: 31-8-17

Seal:
ಮೊಹರು

ನೀಡಲಾದ ಸವಲತ್ತುಗಳ ವಿವರ
Details of Facilities given

[illegible]

ನೀಡಲಾದ ಸವಲತ್ತುಗಳ ವಿವರ
Details of Facilities given

[illegible]

ಸೂಚನೆಗಳು: ಈ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯು 10 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಆ ಬಳಿಕ ಇದನ್ನು ನವೀಕರಿಸಿಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

1. ಈ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ಹಸ್ತಾಂತರಿಸುವುದಾಗಲೀ, ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡುವುದಾಗಲೀ ಅಪರಾಧವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
2. ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿದಾರರಿಗೆ ಕೊಡತಕ್ಕ ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ಕಳೆದುಹೋದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಖಜಾನೆಗೆ ರೂ.50.00 ಪಾವತಿ ಮಾಡಿ ನೂತನ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಮೂಲಕ ಪಡೆಯುವುದು. (ಲೆಕ್ಕ ಶೀರ್ಷಿಕೆ 0235-60-800-5-01)
4. ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ ಅವರ ದೃಢೀಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

Instructions :

1. This card is valid for 10 years. Cards should be renewed after this period.
2. Transferring or Handling over the Identity Cards to others or doing any corrections in the cards is an offence.
3. The facilities given to Identity Card holders should be entered in the card compulsorily (or without fail).

4. In any circumstances if card is lost you can get new Identity Card through District Disabled Welfare Officer remitting Rs.50/- to the Government Treasury. (Head of Account 0235-60-800-5-01)
5. In any circumstances to incorporate any changes in the information furnished by you in the Identity Card such changes should be attested by District Disabled Welfare Officer.

ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ:

ನಿರ್ದೇಶಕರ ಕಛೇರಿ

ವಿಕಲಚೇತನರ ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ

ನಾಗರಿಕರ ಸಬಲೀಕರಣ ಇಲಾಖೆ

ಪೊಡಿಯಂ ಬ್ಲಾಕ್, ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯ ಕೇಂದ್ರ

ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ: 080/22866046/22866066

ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ ಸಂಖ್ಯೆ: 080/22868347

ಇ-ಮೇಲ್ - dir-dwdsc-ka@nic.in

Website - www.welfareofdisabled.kar.nic.in

ಸ.ಕೇ.ಮು. ಬೆಂ-59, ಕಾ.ಸೂ. ಪಿ-004, 3,00,000 ಮಸೂಕೆಗಳು, ದಿನಾಂಕ: 10-4-2016.



(ವಿಕಲಚೇತನರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)

(DISABILITY CERTIFICATE &
IDENTITY CARD FOR THE
DIFFERENTLY ABLED PERSONS)

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಪುಮಾ/65/ಸಿಎಚ್‌ಸಿ/2010
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3681
ರಿಂದ 3717ರಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿಯಮಾನುಸಾರ
ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3684 ರಿಂದ 3615ರಲ್ಲಿನ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು
ಇಲಾಖೆಯ Website: www.welfareofdisabled.kar.nic.in
ಅಂತರ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಅವಶ್ಯಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ,
ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಈ ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಕಾಲಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ ರದ್ದ
ಕಛೇರಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಂ.
(District Disabled Welfare Office Registrar No
ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಂ.
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಂ.
(Medical Authority Registrar No

ದಿನಾಂಕ:
Dated:
ದಿನಾಂಕ:
ದಿನಾಂಕ:
Dated:

1. ಹೆಸರು
Name
2. ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಗಂಡ/ವಿಧವಾ
ಮಾತೆಯ ಹೆಸರು
Father/ Mother/Husband/
Guardian Name
3. ಸ್ಥಾಯಕ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ
(ಮುಖ್ಯದ್ದು ಉಪಯುಕ್ತ)
Permanent Residence
Address (ID No. / Main/Cross)
4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ
Date of Birth
5. ವಯಸ್ಸು
Age
6. ಪಂಚ (ಒಳಗಡೆಯಲ್ಲಿ)
ಕುಲದರ್ಶಿ ನಮೂದಿಸುವುದು
ಹಿ.ಹಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ವ. ಇತರ
(Specify Caste/ Sub Caste
(clearly SC, ST, OBC, & other)
7. ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡ
Female Male
8. ಉದ್ಯೋಗ
Occupation
9. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿ ದಳದ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ

ಮೋಕ್ಷಿತಾ
D/o. ಹೆಂಚೇಶ್ ಮಲ್ಲ
3-53 ಕುಂದಲ
ಹಸಾಯನ ನಗರ ಪುಣೆ
ಮೋಕ್ಷಿತಾ ಗ್ರಾಮ
ಕೋಟೇಕುಳ, ಮಂಗಳೂರು
ತಾಲೂಕು, ಕೆ.ಆರ್.ನಗರ-575001
22/03/1997
21 (ಬಿ)
ಕುಲಾಳಿ
ಹೆಣ್ಣು

12. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ /
Identification Mark

1.
2.

13. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ
ಮತ್ತು ಸದನಾಮ/ಮೊಹರು/ಧಾರತೀಯ/
ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ
ಮಂಡಳಿಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.

Signature of Medical
Authority Members
with Disignation/Seal/
Medical Council of India/
Karnataka Registration No.



ಮಹಾಶರ. ಬಿ.
ಎಂ. ಎಸ್. (ಆರೋಗ್ಯ)
ಮೊಳೆ ಕಾರು, ೨ನೇ ಹಂತ, ೨ನೇ ಮಂಜೂರು
ಮಹಾಲಾಕ್ಷ್ಮಿ ಅಮ್ಮ ಮಂಜೂರು

"COUNTERSIGNED"

(Chairman) Name
and Seal with KMC
Registration No.

- (2) ಸ್ವಯಂರತ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರು
(Self-Deputed Specialist)
Name and Seal with
KMC Registration No.

- (3) ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರು
(Physician) Name and
Seal with KMC
Registration No.



(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಆ/ 65/ PHP/2010.
ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪ್ರಕಾರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ
ಏಕ ಸದಸ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಈ ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ
ಕ್ರ. ಸಂ. 1 ರಲ್ಲಿಯೇ ವೈದ್ಯಕೀಕರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಕ್ರ. ಸಂ. 2, 3ರನ್ನು
ಕ್ಷೀಪಿಸುವುದು.)

As per Govt. Order No.: ಮಮಆ/ 65/ PHP/2010,
Dated: 21-09-2011 (In case of Medical Authority
at Primary Health Centre only Single Member
Authority is constituted. Hence he has to certify
at Sl.No: 1 and remaining Sl. No. 2 & 3 has to be
ignored)

ಈ ಗುರುತಿಸಿ, ಚೀಟಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಕಛೇರಿ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಿಹುಕ-33: ಪ್ರಿ.ಪೆ.ಪಿ.:2002 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ:2ನೇ ಮಾರ್ಚ್ 2002ರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಕಟವಾಗಿದೆ.

This identity card issued as per Govt. Order
No. WCD : 33; PHP :2002 Bangalore, Dated
2nd March 2002.

ജലം, അതിന്റെയും ജലം, നീർ
 ന.ജ. ജലം, നീർ, നീർ, നീർ

District Disabled
Welfare officer

30 / Place :

Order / Date:

31/07/2018

Seal

Figure 1

ಜಿ.ಪ.ಕಟ್ಟಡ, ಕೊಲ್ಲಾರ

ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು, ಮೊ. 15-575 006

Customer ID: (06-1-245817)

Details of Facilities given

[illegible]



04/06/17

Deputy
Officer
Kodagu

(ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ
ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE
MEDICAL AUTHORITY MEMBER)



PC-52-1

(ವಿಕಲಚೇತನರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)

**(DISABILITY CERTIFICATE &
IDENTITY CARD FOR THE
DIFFERENTLY ABLED PERSONS)**

Form No. II:- In case of amputation or complete permanent paralysis of Limbs and in case of Blindness.

Form No. III & IV:- In case of multiple Disabilities and other single 7 Disabilities.

.....ಗ್ರಾಮ ತಾಲ್ಲೂಕು ಜಿಲ್ಲೆ
(Village) (Taluk) (District)



ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಕ್ರ.ಸಂ. 128
Certificate Serial No.

ದಿನಾಂಕ: 7/6/2013
Dated:

- ಹೆಸರು
Name
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಗಂಡನ/
ಮೋಷಕರ ಹೆಸರು
Father/Mother/Husband/
Guardian Name
- ಖಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ
(ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ, ಉಪ ರಸ್ತೆ)
Permanent Residence
Address (D.No./Main/Cross)
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ
Date of Birth
- ವಯಸ್ಸು
Age
- ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು
(ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು
ಪ.ಹಾ, ಪ.ಪಂ, ಹಿ.ವ., ಇತರೆ)
Specify Caste/ Sub Caste
(clearly SC, ST, OBC, & Other)
- ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡು
Female Male
- ಉದ್ಯೋಗ
Occupation
- ವೈದ್ಯಕೀಯ
ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4
ರಂತೆ)

A. K. Bojamma
ಎ.ಕೆ. ಬೊಜಮ್ಮ
ಎ.ಬಿ. ಕುಟ್ಟಿ

ಬೆಂಗಳೂರು
ಯು.ಪಿ. ರೋಡ್
ಲಿಂಗೇಶ್ವರಿ

2-10-1996

16 ವರ್ಷ 8

ಕೊಡಲೆ

ಹೆಣ್ಣು

ವೈದ್ಯಕೀಯ
ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4
ರಂತೆ)

12. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ /

Identification Mark

1.

2.

13. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಪದನಾಮ/ಮೊಹರು/ಭಾರತೀಯ/ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.

Signature of Medical Authority Members with Disignation/Seal/ Medical Council of India/ Karnataka Registration No.

AKB
Regu 2021



(1) ಅಧ್ಯಕ್ಷರು

(Chairman)

Name and Seal with KMC

Registration No.

(2) ಸಂಬಂಧಿತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು

(Concerned Specialist)

Name and Seal with

KMC Registration No.

(3) ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು

(Physician)

Name and Seal with KMC

Registration No.

(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಮಮಅ/ 65/ PHP/2010. ದಿನಾಂಕ: 18 ಫೆಬ್ರವರಿ 2011 ಪ್ರಕಾರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಏಕ ಸದಸ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಈ ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಕ್ರ. ಸಂ. 1 ರಲ್ಲಿಯೇ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಕ್ರ. ಸಂ. 2, 3ರನ್ನು ಕೈಬಿಡುವುದು.)

As per Govt. Order No.: ಮಮಅ/ 65/ PHP/2010. Dated: 18th Feb 2011 (In case of Medical Authority at Primary Health Centre only Single Member Authority is constituted, hence he has to certify at Sl.No. 1 and remaining Sl. No. 2 & 3 has to be ignored)

**Name and Address of the
Medical Authority Issuing Disability**

Certificate SH. Radhika

(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ದೃಢೀಕರಣವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮುಮಾ/65/ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ/2011 ದಿನಾಂಕ:18-02-2011ರಂತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ನಮೂದಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು.

Differently abled persons % of disability has to be diagnosed, specified and certified as per the Govt. Order No:WCD/PHP/65/2011 Dated:18-02-2011)

ಮೇಲ್ಕಂಡ ಭಾವಚಿತ್ರದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ.

As per the above persons affixed Photograph, I am/
We are/Satisfied and Certified said persons as below.

Sl. No.	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical Impairment/ Mental Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	(a)	✓	45
2.	Low Vision	#		
3.	Blindness	Both		
4.	Hearing Impairment	L		
5.	Mental Retardation	X		
6.	Mental Illness	X		
7.	Multiple Disabilities			

Please strike out (x) the Disabilities which are not applicable

A. He / She is a case of Locomotor Disability.
His/Her extent of permanent Physical Impairment/ Disability has been evaluated as per specified Guidelines for the disabilities ticked () above and shown against the relevant Disability in the above table.

B. 1. In the light of the above, His / Her overall permanent Physical Impairment as per the specified guidelines is as follows -

In figures 45 percent (%)

In words forty five Percent (%)

2. The condition is progressive / non progressive / likely to improve / not likely to improve

10. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾದ ಸೂಕ್ತ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರ

Recommended suitable Aids and Appliances

1.

2.

3.

11.

ವಿಕಲಚೇತನರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು :
Signature : Thumb Impression
of Differently abled persons

12. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ /

Identification Mark

1.

2.

13. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಪದನಾಮ/ಮೊಹರು/ಭಾರತೀಯ/ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.

Signature of Medical Authority Members with Disignation/Seal/ Medical Council of India/ Karnataka Registration No.



[Handwritten signature]



(1) ಅಧ್ಯಕ್ಷರು
(Chairman) Name and Seal with KMC Registration No.

(2) ಸಂಬಂಧಿತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು
(Concerned Specialist) Name and Seal with KMC Registration No.

(3) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರ ಹೆಸರು
(Physician) Name and Seal with KMC Registration No.

[Handwritten signature]

Dr. VIJAYA KUMAR

KMC Registration No. 309

(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಆ/ 65/ ಪಿಹೆಚ್ಸಿ /2010, ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪ್ರಕಾರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಏಕ ಸದಸ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಕ್ರ. ಸಂ. 1 ರಲ್ಲಿಯೇ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಕ್ರ. ಸಂ. 2, 3ರನ್ನು ಕೈಬಿಡುವುದು.)

As per Govt. Order No.: ಮಮಆ/ 65/ PHP/2010, Dated: 21-09- 2011 (In case of Medical Authority at Primary Health Centre only Single Member Authority is constituted, hence he has to certify at Sl.No. 1 and remaining Sl. No. 2 & 3 has to be ignored)

(ವಿಕಲಚೇತನರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಮತ್ತು ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)

(DISABILITY CERTIFICATE &
IDENTITY CARD FOR THE
DIFFERENTLY ABLED PERSONS)

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಇ/65/ಬಿಎಚ್‌ಪಿ/2010
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 21-09-2011ರ ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3681
ರಿಂದ 3717ರಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿಯಮಾನುಸಾರ
ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ 3684 ರಿಂದ 3615ರಲ್ಲಿನ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು
ಇಲಾಖೆಯ Website: www.welfareof disabled.kar.nic.in
ಅಂತರ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಅವಶ್ಯಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ,
ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಈ ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಕಾಲಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.



ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ ರವರ
ಕಛೇರಿ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:
(District Disabled Welfare Office Register No
ಸಕಾಲ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂ:

ದಿನಾಂಕ:

Dated:

ದಿನಾಂಕ:

Dated:

(Medical Authority Register No

1. ಹೆಸರು

Name

ಗಣಪತಿ ಕುಮಾರ

2. ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಗಂಡನ/

ಮೋವಕರ ಹೆಸರು

Father/ Mother/Husband/

Guardian Name

ಸ/ಂ. ನಾಥಯಣ ಮುಳ್ಳಿ.

3. ಖಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ

(ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ, ಉಪರಸ್ತೆ)

Permanent Residence

Address (D. No. / Main/Cross)

4-117 ಬುಲೆಟ್ ರಸ್ತೆ

ಪ್ರಣವ್ ಲೇಔಟ್ ಮುಳ್ಳಿ

ಕ್ರ.ಸಂ. 200 ಪ್ರಾ. 200

4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ

Date of Birth

ದ.ಕ - 574243

5. ವಯಸ್ಸು

Age

5/12/1997

6. ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು

ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು

ಪ.ಜಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ವ., ಇತರೆ

(Specify Caste/ Sub Caste

(clearly SC, ST, OBC, & other)

200(ಎ).

ಕುಲಾಳ

7. ಹೆಣ್ಣು

Female

ಗಂಡು

Male

ಗಂಡು.

8. ಉದ್ಯೋಗ

Occupation

9.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4 ರಂತೆ)

**Name and Address of the
Medical Authority Issuing Disability**

Certificate

(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು/ದೃಢೀಕರಣವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮುಮು-65/ಒಪಿ/2011 ದಿನಾಂಕ:21-09-2011ರಂತೆ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ನಮೂದಿಸಿ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು.

Differently abled persons % of disability has to be diagnosed, specified and certified as per the Govt. Order No:WCD/PHP/65/2011 Dated:21-09-2011)

ಮೇಲ್ಕಂಡ ಭಾವಚಿತ್ರದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ.

As per the above persons affixed Photograph, I am/
We are/Satisfied and Certified said persons as below.

Sl. No.	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical Impairment/ Mental Disability (in%)
1.	Locomotor Disability	@	Hamamli	
2.	Low Vision	#	Arthar Okar	
3.	Blindness	Both		
4.	Hearing Impairment	L		
5.	Mental Retardation	X		
6.	Mental Illness	X		
7.	Multiple Disabilities			

Please strike out (x) the Disabilities which are not applicable.

A. He / She is a case of Disability.
His/Her extent of permanent Physical Impairment/ Disability has been evaluated as per specified Guidelines for the disabilities ticked () above and shown against the relevant Disability in the above table.

B. 1. In the light of the above, His / Her overall permanent Physical Impairment as per the specified guidelines is as follows -

In figures 50 percent (%)

In words Fifty Percent (%)

2. The condition is progressive / non progressive likely to improve / not likely to improve

10. ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾದ ಸೂಕ್ತ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರ

Recommended suitable Aids and Appliances

1.

2.

3.

11. ವಿಕಲಚೇತನರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು :
Signature : Thumb Impression
of Differently abled persons

ಈ ಗುರುತಿನ ಜೇಟಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮುಮಲ:33:
ಪಿ.ಬಿ.ಪಿ.:2002 ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ:2ನೇ ಮಾರ್ಚ್ 2002ರ ಪ್ರಕಾರ
ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

This identity card issued as per Govt. Order
No. WCD : 33: PHP :2002 Bangalore, Dated
2nd March 2002.

ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ
ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಸಬ್ ಕಾರ್ಡಿನಾಡರಿ
ಎ. ಸಿ. ಜಿ. ಸಿ. ಮುಂದಿನವರು
District Disabled
Welfare officer

२६ / Place :

दिनांक / Date: 30/07/2018

Seal:

ಮೊಹರು

ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕರಣ ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ ನಾಗರಿಕರ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ
ಜಿ.ಪ.ಕಟ್ಟಡ, ಕೊಟ್ಟಾರ
ಅಂಚೆ:ಅಶೋಕನಗರ - 575 006
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ : 4458173



ನೀಡಲಾದ ಸವಲತ್ತುಗಳ ವಿವರ
Details of Facilities given

[illegible]

ಮೊದಲನೇ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿರುವ

09/5/2012

District Hospital, Udaipur

CERTIFICATE OF DISABILITY

G.O. No. MME.107/P.H.P./2003 dated 11/07/2003

We, the Members of District Medical Board, give the report of the following physically handicapped person examined by us.

1	Name of the candidate	: Shiva Kumara M.C.
2	Age	: 26
3	Father's name	: Chikkannaika
4	Sex	: Male
5	Address	: Masarahalla, (Singapattinam) Kalasur (P.S., H. A. Kote (T) Mysore (D),
6	Caste / Religion	: S.T., Hindu
7	Identification marks	: 1 SCAR ON FOREHEAD. 2
8	Type of Disability By Birth / Temporary	: PERMANENT
9	Nature of disability- physical a) Orthopedic b) Eye c) Hearing (Affix Photo exhibiting disability)	: POST POLIO RESIDUAL PARALYSIS @ LOWER LIMB
10	Percentage of disability (Where applicable) a) Orthopedic b) Eye c) Hearing	: 75% seventy five %
11	Correction of disability by available methods a) Orthopedic b) Eye c) Hearing	: —
12	Any Surgery done – indicate	: —
13	Any other particulars to clarify that nature & extent of disability that the specialist like to point out	: —

Signature of the Applicant

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Sri / Smt / Kumari Shiva Kumara M.C., son / wife / daughter of Sri. Chikkannaika Age: 26 ... pld. Male / Female, Registration No. No. is in a case of Post Polio residual paralysis @ lower limb. He / She is Physically Disabled / Visual Disabled / Speech and Hearing disable and the 75% % (seventy five Percent) permanent (Physical impairment / Visual impairment / Speech and Hearing impairment) in relation to his / her lower limb.

Note:

1. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / non-likely to improve
2. Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of months / years

(Strike out which is not applicable)

Signature or Thumb impression of the Candidate

(1) Orthopaedic / Eye / ENT / Psychiatrist

Dr. B. C. SAGAR
D. Ortho., M.S. Ortho

Reg. No - 16480

Professor of Orthopaedics
Govt. Medical College,
K.R. Hospital, MYSORE.

(2) Senior Specialist
MEMBER
Medical Board
K.R. Hospital
MYSORE

CHAIRMAN
Medical Board
District Surgeon
K.R. Hospital
MYSORE