



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, BANGALORE

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



. ಕೆ. ಎಸ್.  
ಡಿ. ಎಸ್. ಡಿ. ಎಂ. ಎಸ್  
ತಡ್ಡರು, ರಿ. ನಂ. 27859  
ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸಿತ್ತವರು-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.

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

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಕ್ರ.ಸಂ.

ದಿನಾಂಕ: 22.1.12

Certificate Serial No.

Dated:

- ಹೆಸರು  
Name ಶ್ರೀನಿಧಿ ಎಚ್. ಎಮ್ ಭಟ್
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಗಂಡನ/  
ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು ಮಂಜುಳ ಭಟ್  
Father/Mother/Husband/  
Guardian Name
- ಖಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ  
(ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ, ಉಪ ರಸ್ತೆ)  
Permanent Residence ತಿರ್ನಿಹಳ್ಳಿ, ಎನ್ ಎಂ ಭಟ್  
Address (D.No./Main/Cross) ತಿರ್ನಿಹಳ್ಳಿ (602) ಶಿ.ತ. ಕ್ರಾಂತಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ  
Date of Birth 7-5-1994
- ವಯಸ್ಸು  
Age 17
- ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು  
(ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು  
ಪ.ಜಾ., ಪ.ಪಂ., ಹಿ.ಪ., ಇತರೆ)  
Specify Caste/ Sub Caste  
(clearly SC, ST, OBC, & Other) ಶಿವಕುಮಾರಿ
- ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡು  
Female Male ಗಂಡು
- ಉದ್ಯೋಗ  
Occupation ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ (ತಾಂತ್ರಿಕ)
- 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/ಓಪೆಚ್‌ಪಿ/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	@	Retarded Dysmelia	
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.

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. Srinidhanu Bhat

11. ವಿಕಲಚೇತನರ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು :

Signature : Thumb Impression  
of Differently abled persons

12. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ /

Identification Mark

1.

2.

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

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

*Handwritten signature and stamp:*  
 ಡಾ|| ಸುರೇಶ್ ಕೆ. ಎನ್.  
 ನೀತ್ರ, ತಜ್ಜರು, ರಿ. ನಂ. 27859  
 ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ,  
 ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು-577 101

*Handwritten notes:*  
 HA R-BC Only  
 L. 6/60

ಈ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಅ/33:ಬಿ.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 2<sup>nd</sup> March 2002.

*Handwritten signature and stamp:*  
 ಜಿಲ್ಲಾ ವಿಕಲ ಹಿರಿಯರ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯ ನಾಗರಿಕರ ಸಬಲೀಕರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು  
 ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು  
 District Disabled Welfare officer

ಸ್ಥಳ / Place : ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು Seal: ಮೊಹರು  
 ದಿನಾಂಕ / Date: 18-1-2012



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

*Handwritten signature and stamp:*  
 ಜಿಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರ  
 ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ  
 ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು - 577 101

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

*Handwritten signature and stamp:*  
 ಡಾ|| ಸುರೇಶ್ ಕೆ. ಎನ್.  
 ಎಂ.ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್.,ಡಿ.ಒ.ಎಂ.ಎಸ್

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

*Handwritten signature and stamp:*  
 ನೀತ್ರ, ತಜ್ಜರು, ರಿ. ನಂ. 27859  
 ಮಲ್ಲೇಗೌಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ,  
 ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು-577 101

(ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಅ/33/ಬಿ.ಹೆಚ್.ಪಿ.:2002 ದಿನಾಂಕ:18 ಫೆಬ್ರವರಿ 2011ರ ಪ್ರಕಾರ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಏಕ ಸದಸ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವನ್ನು ಈ ವರ್ಗದ ನೋಂದಿಸಿರುವ ಕ್ರ. ಸಂ. 1 ರಲ್ಲಿಯೇ ದೃಢೀಕರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಕ್ರ. ಸಂ. 2, 3ರನ್ನು ಕೈಬಿಡುವುದು.)

As per Govt. Order No.: ಮಮಅ/ 65/ PHP/2010. Dated: 18<sup>th</sup> 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)

ನೀಡಲಾದ ಸವಲತ್ತುಗಳ ವಿವರ  
 Details of Facilities given

ಕ್ರ.ಸಂ. Sl.No.	ದಿನಾಂಕ Date	ನೀಡಲಾದ ಸವಲತ್ತುಗಳ ವಿವರ Details of Facilities Provided	ಸವಲತ್ತು ನೀಡಿದ ಅಧಿಕಾರಿ ರುಜು Concerned Officers Signature with Seal



111a

ಶಾಂತಿಮಂಗಳೂರು ಇವರ ನಡವಳಿ

ಅರ್ಜಿಯವರಿಗೆ (ಬುದ್ಧಿ ಮಾಂದ್ಯರು)

ಶ್ರೀ. ಶ್ರೀ. ಸಾತ್ಶಿಂಯನ್  
 ಸಂಖ್ಯೆ ೨೦೦೮. ೪೪೬

೨೦೦೦/ ದಿನಾಂಕ  
 ೨೭ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ ೧೯೯೭ ಬಂಟ್ವಾಳ ದಿನಾಂಕ ೫.೮.೧೯೯೮

೨೦೧೧ ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲ್ಲೂಕು, ಶಾಂತಿಮಂಗಳೂರು  
 ೨೦೦೧ ದಿನಾಂಕ

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಅರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವ  
 ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ರೂ. 100.00 (ಒಂದು ನೂರು ರೂಪಾಯಿ)  
 ಮೊತ್ತವನ್ನು ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ

ಮೇಲೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ನಿಳಾಸ:

ಶ್ರೀ. ಶ್ರೀ. ಸಾತ್ಶಿಂಯನ್ ೪೪೬

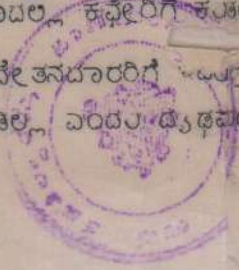
ಶ್ರೀ. ಶ್ರೀ. ಸಾತ್ಶಿಂಯನ್

ಸಂಖ್ಯೆ ೨೦೦೮. ೪೪೬

೨೦೦೮ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್ ೨೭

- 1) ಸಂದಾಯವನ್ನು ಉಪ ಬಜಾನ್‌ಧಿಕಾರಿ, ಬಂಟ್ವಾಳ ಇವರಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರನಿಗೆ ಮನಿಯಾರ್ಡರ್ ಮೂಲಕ ಕಳುಹಿಸುವುದು. **೨೦೦೮. ೪೪೬**
- 2) ಅರ್ಜಿದಾರನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಯಾವುದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಸುಳುವು ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಮಂಜೂರಾತಿಯನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸುವುದು.
- 3) ಮಂಜೂರಾತಿಯ ಆದೇಶದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಹಿಡಿದು ಅರ್ಜಿದಾರನು ಮರಣದ ವರೆಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರನು ಅರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವ ವರಿವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ರೂ. 6000.00 (ಆರು ಸಾವಿರ) ವಿಸ್ತರಿಸುವ ತನಕ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಈ ರಾಜ್‌ಪತ್ರ ಬಿಡುವ ವರೆಗೆ ಇವುಗಳನ್ನು ಯಾವುದೂ ಮೊದಲನೇ ಆಯ್ಕೆಯ ವರೆಗೆ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿರಬಹುದು.
- 4) ಅರ್ಜಿದಾರನಿಗೆ ಸಂದಾಯವಾಗತಕ್ಕ ಕೆಲವು ಅರ್ಜಿದಾರರ ತನಕ ತಾಯಿಯನ್ನು ಕೆಸರಿಸುವ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು. **೪೪೬ ೨೦೦೮ ೩೧-೧೨-೨೦೦೮**
- 5) ನಿಳಾಸ ಬದಲಾವಣೆಯಾದಲ್ಲಿ ಕಛೇರಿಗೆ ಕುರಿತು ತಿಳಿಸುವುದು. **೪೪೬**

ಮೇಲ್ಕಂಡ ವೇತನದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ವೇತನ ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವುದಾಗದಂತೆ, ವೇತನ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ದೃಢಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.



೨೦೦೮/೧/೨೦೦೮





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

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಅಂಗವಿಕಲ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ

ಸಡಿ, ಪೋಡಿಯಂ ಬ್ಲಾಕ್, ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಡಾ. ಅಂಬೇಡ್ಕರ್ ವೀಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು-1.

ಭಾಗ - I

ಅರ್ಜಿ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಅಂಗವಿಕಲ ಪರಿಚಯ ಪತ್ರಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ

- 1) ಅರ್ಜಿದಾರರ ಹೆಸರು : ಶ್ರೀಶ್ರೀಮತಿ:ಕುಮಾರಿ ದಿವ್ಯಶೈ
- 2) ತಂದೆ:ಗಂಡ:ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು :
- 3) ಹುಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಳ : ೧೦೧೨೯೯ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಮೈಸೂರು
- 4) ತಾಲ್ಲೂಕು : ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆ, ಅರಸೀಕೆರೆ ತಾಲ್ಲೂಕು
- 5) ಜಿಲ್ಲೆ : ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆ
- 6) ವಿಳಾಸ (ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ಸಹಿತ) : ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆ, ಕೆ.ಎಸ್.ಆರ್. ನಗರ, ೫೭೫/೫೬
- 7) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು : 18/02/71/90 (10 ವರ್ಷ 2 ತಿಂಗಳು)
- 8) ಜಾತಿ (ಒಳ ಜಾತಿ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು) : ಬಂಜೆ, ಹಿಂದೂ
- 9) ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಮತ್ತು ಅನುಭವ : U ನೆ ಕ್ರಾ.೩.
- 10) ಉದ್ಯೋಗ : ಬಿಲ್ಡರ್
- 11) ವಾರ್ಷಿಕ ವರಮಾನ : ರೂ. 4,000 (ರೂ.ಮಾಸ ನಾಲ್ಕು ಸಾವಿರ)
- 12) ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪ:ಪ್ರಮಾಣ (ಶೇಕಡೆವಾರು) : ಬಲಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಬಲಕಾಲ ಬಲಹಿರಿಮೆ
- 13) ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ವಿವರ : -
- 14) ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು :
- 15) ಪತ್ರ ಹಚ್ಚಲಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳು :

ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ಸಂಗತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿದೆಯೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿ

ಸಹಿ:

ಅರ್ಜಿದಾರನ:ಳ ಸಹಿ.

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



M e T

ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿಭಾಗ  
ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದಾಗಿ  
ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ

ನಂ: 1/2019  
10/10/2019  
ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿಭಾಗ  
ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದಾಗಿ  
ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ



ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದಾಗಿ  
ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ  
(ಸಹಿ)

ಈ ಉಪವಿಭಾಗದ ಅಧಿಕಾರವು  
ಮಾನ್ಯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದಾಗಿ  
ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ  
(ಭಾವಿಬಿತ್ತರವನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

**(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE MEDICAL BOARD MEMBER)**



*(Signature)*  
Chairman

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

MCJ

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ.

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

1. ಉಚಿತ / ರಿಯಾಯಿತಿ ಬಸ್ ಪಾಸ್ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು
2. ರೈಲ್ವೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
3. ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆ ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು
4. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
5. ಸರ್ಕಾರದ ಏವಿಫ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿ/ ಸಕಲನ್ನು ನೀಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಬಹುದು.
6. NREGS ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯಲು
7. ಅಂಗವಿಕಲರ ಮೌಖಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
8. ಅಂಗವಿಕಲರ ಮೌಖಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ / ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ಅಂಗವಿಕಲ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ
10. ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಇತರ ಯೋಜನೆಗಳು

(ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)  
(IDENTITY CARD)

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

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ (Serial No.) : ..... ದಿನಾಂಕ (Dated) : .....

1. ಹೆಸರು (Name) : .....  
 2. ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಗಂಡನ ಹೆಸರು (Name of the Father/Mother/Husband / Guardian) : .....  
 3. ವಿಳಾಸ (Address) : .....  
 4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ (Date of Birth) : .....  
 5. ವಯಸ್ಸು (Age) : .....  
 6. ಜಾತಿ (Caste) (Mention sub caste clearly) : .....  
 7. ಉದ್ಯೋಗ (Occupation) : .....



8. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ  
Certificate by Medical Board

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

Post traumatic partial  
paralysis of left great toe  
with severe & equinovarus  
deformity left foot  
Faculty normal

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

(3) ಪಾಲಯಮಾನ್ಯತೆ/ದೀರ್ಘಕಾಲದ  
ಪಾಲಯಮಾನ್ಯತೆ ಆದವು  
Whether permanent or duration  
for which issued

10. ಅಂಗವಿಕಲರ ಸಹಾಯಕ  
ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು  
Recommended suitable  
Aids and Appliances

10. ಅಂಗವಿಕಲರ ಸಹ / ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಹಾಯ : *Rakshitha*  
Signature of Disabled persons  
Impression of Disabled persons

11. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತನ ಚಿಹ್ನೆ  
Identification Mark  
1. ಇಲಾಖಾಗಳದ ಚಿಹ್ನೆ  
2. ಬರಹಗಾರನ ಕೆಲಸ

12. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು  
ಸಹಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರದ ವಿವರ  
Signature of Medical Board  
Members with Designation / Seal

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಳಾ : 107 : ಪಹಚಿ : 200 :  
ದಿನಾಂಕ : 11th July 2003)  
(As per Govt. Order No. : ಮಮಳಾ : 107 : PHP : 200 :  
ದಿನಾಂಕ : 11th July 2003)

DIST. SUREMANGALURU  
MANGALURU



ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ  
District Disabled  
Welfare Officer

ದಿನಾಂಕ / Date : ಮೊಹರು



*[Handwritten Signature]*  
P. UM  
P. (Ortho)  
Reg.

Dep. of Orthopaedics  
Kasturba Medical College  
& H.M.U. Govt. Medical Hospital  
BANGALORE - 560 027  
(ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಲಿಯ ಸದಸ್ಯರು ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು)

**(PHOTO TO BE ATTESTED BY THE MEDICAL BOARD MEMBER)**

ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ  
ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ : ಮಮಅ / 184 / ಒಹೆಚ್‌ಪಿ / 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. ಅಂಗವಿಕಲರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ / ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ಅಂಗವಿಕಲ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ  
ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ
10. ಅಂಗವಿಕಲರಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಇತರೆ ಯೋಜನೆಗಳು

(ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ)  
(IDENTITY CARD)

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

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ: ..... ದಿನಾಂಕ: .....  
Serial No. 122/10 Dated: 28/08/00

1. ಹೆಸರು : ನವೀಶ್  
Name
2. ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಗಂಡನ ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು : ೩೦ ತಿಮ್ಮಪ್ಪ ಗೌಡ  
Name of the Father/Mother/  
Husband / Guardian ಕೀರ್ತಿಪ್ಪಾ ಡಂಟರಪಾಟಿ  
ಮವೆ. ವಡ್ಡಿಗ್ರಾಮ  
ಮುತ್ತೂರು ಅಂಚೆ  
ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲ್ಲೂಕು-೨೨
3. ವಿಳಾಸ / Address : 15 ವರ್ಧ
4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ :  
Date of Birth
5. ವಯಸ್ಸು / Age :  
ಗೌಡ.
6. ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು)  
Caste (Mention sub  
caste clearly)
7. ಉದ್ಯೋಗ / Occupation :

ಮಂಡಲಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ :  
Certificate by Medical Board

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

*Handwritten signature*

80%

(Slightly)

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

(3) ಪಾಯಂ 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

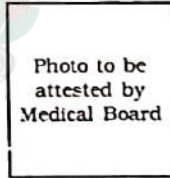
11. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಚಿಹ್ನೆ  
Identification Mark  
1.  
2.

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

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

*Handwritten signature*  
Dr. P. UJJWANDA (MALYAL)  
D. (Ortho) M.S. (Ortho)  
Reg. No. 13297  
Dep. of Ortho  
Kasturba Med. College  
H.N.O. Govt. W...  
MANGALORE

*Handwritten signature*  
UJJWANDA (MALYAL)  
(Ortho) M.S. (Ortho)  
Reg. No. 13297  
Dep. of Orthopaedics  
Kasturba Medical College  
H.N.O. Govt. W...  
MANGALORE



ಸ್ಥಳ / Place :  
ದಿನಾಂಕ / Date :

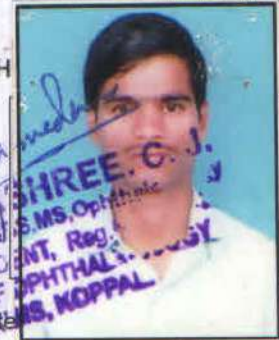
ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ  
ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು  
District Disabled  
Welfare Officer  
Seal  
ಮೊಹರು

**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)



Certificate No. \_\_\_\_\_

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. Manjunath

Son/wife/daughter of Shri ETANNA

Date of Birth 04/04/1994 Age 22 yrs. years, male/female male.

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)

jjamedar  
**Dr. JAYASHREE. C. J.**  
M.B.B.S, 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

ಶ್ರೀ ರವಿ ಕೋಕಾಲ್ ಇವರ ಮಗ /ಮಗಳು/ಹೆಂಡತಿಯಾಗಿದ್ದು ಇವರು ಕರ್ನಾಟಕ

ರಾಜ್ಯದ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲ್ಲೂಕಿನ ಬನ್ನಿಕೊಪ್ಪ ಗ್ರಾಮ/ಪಟ್ಟಣ/ನಗರದ

ಸ್ಥಳೀಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ.



ಶ್ರೀ  
(ಪಿ.ಎಸ್. ಮಂಜುನಾಥ)  
ಉಪವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿಗಳು  
ಕೊಪ್ಪಳ ಉಪವಿಭಾಗ  
ಶ್ರೀ 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/ಪಿಎಲ್‌ಎಕ್ಸ್/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.



ಅಂಗವಿಕಲ ಮೀಸಲಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಿಆಸುಇ 115 ಸೆನೆನಿ 2005,  
ದಿನಾಂಕ 19-11-2005

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Sri/Smt/Kum... M. Nyanath  
Son/Wife/Daughter of Shri... K. Rappa Korgal... Age... 21 old,  
male/female, Registration No. 142205 is a case of... Bilateral Retinal Degeneration  
& Nystagmus

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

Note:

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.

\*Strike out which is not applicable.



DOCTOR  
(Seal)

DOCTOR  
(Seal)

DOCTOR  
(Seal)

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

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

DIST. HOSPITAL, KOPPAL



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 ರೋಜ್‌ಗಾರ್ ಯೋಜನೆ ಮುಂತಾದ ನಿವೇಶನ ಮತ್ತು ಮನೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು
8. ವಿಕಲಚೇತನರ ಮಾಸಿಕ ನಿರ್ವಹಣಾ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು
9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವೇತನ/ಪ್ರತಿಭಾವಂತ ವಿಕಲಚೇತನರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ

2



ಪಿ.ಜಿ.ಎಲ್.  
Physician,  
District Hospital, Udipi

(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 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.

ಪ್ರಾಚಾರ್ಯರು  
ಪ್ರಾಚಾರ್ಯರು

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: 3.8.17  
ದಿನಾಂಕ:  
Dated:

- ಹೆಸರು  
Name ಚಂದನಾ 15.5
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಗಂಡನ/  
ಮೋಡಕರ ಹೆಸರು  
Father/ Mother/Husband/  
Guardian Name ಶ್ರೀ ಶ್ಯಾಂತ್ 15-V,  
#1-1411, ಉಮಾನಿಲಯ
- ಪಾಯಂ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ  
(ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ, ಉಪರಸ್ತೆ)  
Permanent Residence ಅಣ್ಣಿಗೇರಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ವಲಯದ ಬಳಿ  
ಬೆಳ್ಳೇಬಾಗಿ, ಶಾಲಾಂಗ್ರಹ, ಉಡುಪಿ
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ  
Date of Birth 17.01.1995
- ವಯಸ್ಸು  
Age 18
- ಜಾತಿ (ಒಳಜಾತಿಯನ್ನು  
ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು  
ಪ.ಜಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ವ., ಇತರೆ  
(Specify Caste/ Sub Caste  
(clearly SC, ST, OBC, & other)
- ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡು  
Female Male ಇತರೆ (ಬ್ರಾಹ್ಮಣ)
- ಉದ್ಯೋಗ  
Occupation ಕೆಲಸ
- ..... 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/ಓಹೆಚ್‌ಪಿ/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	High myopia	
4.	Hearing Impairment	L	Adapted	
5.	Mental Retardation	X	De'urgent	
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/ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ 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.



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

ಪೋಡಿಯಂ 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. ಓ-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 : ಪುಮಾಇ/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.welfareof disabled.kar.nic.in ಅಂತರ್ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಅವಶ್ಯಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಆಳವಡಿಸಿ, ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಈ ವಿಕಲಚೇತನರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಕಾಲಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ವಿತರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.



ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ ದಾಖಲೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ: (District Disabled Welfare Office Register No) ದಿನಾಂಕ: (Dated) ಸರ್ಕಾರ ಸಂಖ್ಯೆ: (Government No) ದಿನಾಂಕ: (Dated) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಸಂಖ್ಯೆ: (Medical Authority Register No) ದಿನಾಂಕ: (Dated)

1. ಹೆಸರು Name	ಮೋಕ್ಷಿತ್ಯಾ
2. ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಸಹೋದರ/ ಪಾಲಕರ ಹೆಸರು Father/ Mother/Husband/ Guardian Name	D/o. ದಂ.ಕೆ.ಚೇ.ಕೆ.ಮಣ್ಯ # 3-53 ಕುಂ.ವಲ ಹನುಮಂತ ನಗರ ಮುನ್ಸಿಪಲ್
3. ಸ್ಥಾಯಿ ಮನೆ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ (ಮುಖ್ಯದಕ್ಕೆ ಉಪಯುಕ್ತ) Permanent Residence Address (D. No. / Main/Cross)	ಮೋಕ್ಷಿತ್ಯರ ಗ್ರಾಮ ಕೋಟೇಕುಳ, ಮುಂಜ್ಯಾಳ ತಾಲೂಕು, ಕೆ.ಆರ್-575ರೂ.
4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ Date of Birth	22/03/1997
5. ವಯಸ್ಸು Age	21 (ಯ)
6. ಜಾತಿ (ಲಿಂಗಾಂತರವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿ ಸೂಚಿಸಬೇಕು) (Specify Caste/ Sub Caste (clearly SC, ST, OBC, & other))	ಕುಲಾಳಿ
7. ಹೆಣ್ಣು / ಗಂಡು Female / Male	ಹೆಣ್ಣು
8. ಉದ್ಯೋಗ Occupation	

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ದಾಖಲೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_  
 ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ (ಮೂಲ 1,3,4 ರಂತೆ)









04/06/17

/Deputy  
Officer  
Zodage

(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:

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

: A.K. Bojamma  
ಎ.ಕೆ. ಬೊಜಮ್ಮ  
ಎ.ಬಿ. ಕುಟ್ಟಪ್ಪ

ಬೆಂಗಳೂರು  
ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ  
ಲಿಂಗೇಶ್ವರಿ 15

: 2-10-1996

: 16 ವರ್ಷ 8

: ಕೊಡಲ

: ಹೆಣ್ಣು

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 signatures and names:*  
 04/06/2013  
 M. K. S. ...  
 ...  
 ...



(1) ಅಧ್ಯಕ್ಷರು  
 (Chairman)  
 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: 18<sup>th</sup> 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. P. 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	@	✓	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/ಹೆಚ್ಚಿಟ್ಟಿನ 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]*

*[Faint text and stamp]*



(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 ಅಧಿಕಾರಿ  
(Physician) Name and Seal with KMC Registration No.

*[Handwritten signature]*

*[Stamp: DIST. SURGEON WENLOCK DISTRICT MANGALORE]*

*[Handwritten signature]*  
32/09/11  
Dr. VIJAYA KUMAR

KMC Registration No. 308

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

As per Govt. Order No.: ಮಪುಆ/ 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/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.



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:

- ಹೆಸರು  
Name ಗಣಲಿತ ಕುಮಾರ
- ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ ಗಂಡನ/  
ಮೋವಕರ ಹೆಸರು  
Father/ Mother/Husband/  
Guardian Name ಸ/ಂ. ನಾಥಯ್ಯ ಮೂಲ್ಕಿ.
- ಖಾಯಂ ಪುನ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ  
(ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ, ಉಪರಸ್ತೆ)  
Permanent Residence 4-117 ಮುಲೆತ್ತಡ್ಕೆ, ತುಳಿ  
ಪ್ರಾಣಶೇಷ್ ಲಾಲ್ ಮೂಲ್ಕಿ  
Address (D. No. / Main/Cross) ಕ್ರಮ. 200 ಪ್ರಾಣಶೇಷ್ ಲಾಲ್  
ದ.ಕ - 574243.
- ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ  
Date of Birth 5/12/1997
- ವಯಸ್ಸು  
Age 20(ಎ).
- ಜಾತಿ (ಸ.ಜಾತಿಯನ್ನು  
ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವುದು  
ಪ.ಜಾ. ಪ.ಪಂ. ಹಿ.ವ., ಇತರ  
(Specify Caste/ Sub Caste  
(clearly SC, ST, OBC, & other)  
ಕುಲಾಳಿ
- ಹೆಣ್ಣು ಗಂಡು  
Female Male ಗಣಲಿತ .
- ಉದ್ಯೋಗ  
Occupation
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವಿಳಾಸ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ  
ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4 ರಂತೆ)

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ನಮೂನೆ 2,3,4 ರಂತೆ)

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

(ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು/ದೃಢೀಕರಣವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮುಮುಇ/65/ಒಪಿಬಿ/2011 ದಿನಾಂಕ:21-09-2011ರಂತೆ ತೇಕಡವಾರು 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 ಛಾವಚಿತ್ರದ 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	@	Hemiplegia	
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 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





ಕುರುಡರಗಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀನ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

45502

ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕೋಡಿರುವ

... ಡಾ|| ಕೃಷ್ಣಾಲನಿ

ರ 09/5/2012

ದಿನದಂದು ಈ ಕೆಳಗೆ ವಿವರಿಸಿದ ವಿವರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯನ್ನು

ಕೆ.ಆರ್. ಜಿ.ಎಸ್. ಆಸ್ಪತ್ರೆ  
Uthirakottai Hospital, Udumpe  
ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ



ಬಿಬ್ಬಾತೆ ಎಸ್. ಶಿಕ್ಷಿ

ಸುಜಾತ ಶಿಕ್ಷಿ

ಶಿವರಾಮ ಶಿಕ್ಷಿ

ಪುರುಷ

16 ವರ್ಷ

Black mole - (R) clavicle

PL -

PL +

- 1. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಹೆಸರು
- 2. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಪಿಂಚಣಿ
- 3. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ವಯಸ್ಸು
- 4. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ವೃತ್ತಿ
- 5. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ವಾಸ
- 6. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಪಿಂಚಣಿ

7. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀನ ಮೇಲಣ  
ಮಾಹಿತಿ -  
8. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನಿಗೆ ಇತರೆ ಅನುಭವಗಳು  
ಮಾಹಿತಿ -

9. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಸ್ವರೂಪ  
ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಹುಟ್ಟಿದಾಗಲೇ ಅಂದಾಜು 90% ರ  
ಕುರುಡು ಅಂದಾಜು ಅಂದಾಜು ಮಾಯವಾಗಿತ್ತು. 20%  
ವೈದ್ಯಕೀನದಿಂದ ಬಂದಿದ್ದು, ಅದೇ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮೂರು ಕಾರುಗಳನ್ನು  
ಕೂಡಿಸಿ ಕುರುಡುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ಈ ವಿವರಗಳನ್ನು  
ಕೊಡುವುದು. ಸುಲಕ್ಷಿತವಾದಂತೆ ಈ ವಿವರಗಳನ್ನು  
ಕೊಡುವುದು.

ಕುರುಡುಗಳನ್ನು ದೂರಿಸಿ  
ಸಿಂವಲ್ಟಿ ಬಿಡುವುದು

Hundred percent (100%)  
of visual impairment.



- 10. ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ವೈದ್ಯಕೀನ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ ✓
- ಅ) 6/60 ಅಕ್ಷರ 20/20 ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀನ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ  
(ವಿದ್ಯಾರ್ಥನ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದರಿಂದ  
ಅಕ್ಷರಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು ವೈದ್ಯಕೀನ)
- ಆ) 20 ಅಕ್ಷರ ಅಕ್ಷರಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು  
ವೈದ್ಯಕೀನ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀನ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ
- ಇ) ವಿದ್ಯಾರ್ಥನಿಗೆ ಇತರೆ ಅನುಭವಗಳು ಕೊಡುವುದು ಸುಲಕ್ಷಿತವಾಗಿ  
ಕೊಡುವುದು. ಕುರುಡುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ, ಸುಲಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಕೊಡುವುದು ತಿಳಿಸಿ



ಕುರುಡುಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು  
of Sivkath.

ಕುರುಡು : 09/5/2012

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ  
ಆರೋಗ್ಯ  
ಕುರುಡುಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು  
ವಿವರ:

Hippelini  
(ಡಾ|| ಕೃಷ್ಣಾಲನಿ)

ಡಾ|| ಕೃಷ್ಣಾಲನಿ  
ಆರೋಗ್ಯಕರ, ಉಡುಪಿ  
Ophthalmic Surgeon  
District Hospital, Udumpe

**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 Kumar M.C.
2	Age	: 26
3	Father's name	: Chikkanayaka
4	Sex	: Male
5	Address	: Masarahalla, (Singapatla) Kalasur (P), 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 Kumar M.C., son / wife / daughter of Sri. Chikkanayaka Age: 26 ... pl: 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) Member, Specialist Medical Board  
**Dr. H. S. ...**  
 MYSORE

(3) Chairperson Medical Board  
**Dr. ...**  
 District Surgeon  
 K.R. Hospital  
 MYSORE