

**APPLICATION FOR OBTAINING IDENTITY CARD FOR PERSONS WITH
DISABILITIES**

निःशक्त व्यक्तियों के लिए परिचय पत्र प्राप्त करने हेतु आवेदन पत्र

01. Name----- (surname)----- (first name)----- (middle name)
नाम (उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

02. Father/Mother/Guardian Name (As applicable) -----
पिता/माता/अभिभावक का नाम (जो भी लागू हो)

03. Date of Birth/Age (जन्म तिथि/आयु) -----

04. Sex (लिंग) -----

05. Address (a) Permanent Address -----
पता (अ) स्थायी पता -----

06. (Please mention permanent address and address for communication)
(b) Address for Communication
(ब) पत्र व्यवहार का पता -----

07. Education Status (शैक्षणिक अर्हता) -----
(Please indicate school and college attendance)

Name of School/College institution	Years of attendance	Year of passing and certificate/degree obtained	Professional
(स्कूल/महाविद्यालय/ व्यावसायिक संस्थान का नाम)	शैक्षणिक वर्ष	उत्तीर्ण होने का वर्ष एवं श्रेणी	

08. Family Income :Rs.----- pre annum
(Note:- Add income of all the yearning members of the family living together in the
same household)
परिवार की आय रु. ----- वार्षिक
(नोट: परिवार में साथ रहने वाले प्रत्येक कमाऊ सदस्य की वार्षिक आय का योग लिखें)

09. Occupation -----
(Describe here official designation and also nature of work performed by you)
व्यवसाय (पदनाम तथा सम्पादित कार्य का विवरण दें)

10. Registration in Employment Exchange/ -----
Special Employment Exchange/
Vocational Rehabilitation Centre (VRC)
(रोजगार कार्यालय / विशेष रोजगार कार्यालय / -----
व्यवसायिक पुनर्वास केन्द्र में पंजीकरण का विवरण)

10.1 Registration Number (पंजीयन क्रमांक) -----

10.2 Date of registration (पंजीयन की तिथि)

10.3 Name and address Employment exchange/ -----
Special employment Exchange/VRC
(रोजगार कार्यालय / विशेष रोजगार कार्यालय /
व्यवसायिक पुनर्वास केन्द्र का नाम)

11. Identification Makes (पहचान पत्र)

- (i) -----
(ii) -----

12. Blood Group (ब्लड ग्रुप) -----

13. Nature of Disability (निःशक्तता का प्रकार) -----
(Indicate here the category of disability of diagnostic description of the disability as given in the
medical certificate issued by designated medical board) (चिकित्सा बोर्ड द्वारा जारी निःशक्तता
प्रमाण-पत्र के अनुसार निःशक्तता के प्रकार का विवरण)

14. Degree and Percentage -----
of Disability (निःशक्तता की श्रेणी एवं प्रतिशत)

15. Particulars of Medical Certificate -----
(निःशक्तता प्रमाण पत्र का विवरण)

(a) Medical authority issuing the certificate-----
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम)

(b) Date of issue -----
(जारी करने की तिथि)

(c) Whether disability condition is permanent or correctable -----
(क्या निःशक्तता स्थाई है अथवा सुधार योग्य है)

16. Signature of Right/Lift thumb Impression of Person with Disability or legal guardian for person with Mental Retardation, Autism, Cerebral, Palsy & Multiple Disabilities.
(निःशक्त व्यक्ति/विधि द्वारा प्राधिकृत अभिभावक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

(1) ----- (2) -----

17. (For Office use Only) (केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए)

Signature and Stamp of Authority Issuing the Disability Card

निःशक्त प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदमुद्रा

Date :
दिनांक

Signature of Issuing Authority
जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Place:
स्थान

Stamp
पदमुद्रा

Note: (नोट)

1. This application form can be used for obtaining identity card for persons with disabilities.

In case the original card has been lost and duplicate card is required to be obtained , the format of application will remain the same.

यह आवेदन पत्र पर निःशक्त व्यक्ति द्वारा परिचय पत्र प्राप्त किया जाने हेतु उपयोग में लाया जाएगा यदि परिचय पत्र धारी व्यक्ति का परिचय पत्र खो जाता है तो डुप्लीकेट परिचय पत्र प्राप्त किए जाने हेतु इसी आवेदन पत्र का उपयोग किया जाएगा।

2. Please attach two passport size photographs. One photograph be affixed on the application white the other photograph be stapled along with the application form, the second photograph will be used for affixing on the disability card.

दो पासपोर्ट आकार के छायाचित्र संलग्न करें। एक छायाचित्र आवेदन पर चिपकाया जाए तथा दूसरा आवेदन पत्र के साथ संलग्न किया जाए।

3. Please attach a copy of the medical certificate obtained by you form the authorized medical board constituted by the State Government /Defence authorities.

राज्य/रक्षा मंत्रालय के द्वारा अधिकृत मेडिकल बोर्ड द्वारा जारी निःशक्तता प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें।