



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

सी.जी.-डी.एल.-अ.-31072024-255937  
CG-DL-E-31072024-255937

असाधारण  
EXTRAORDINARY

भाग II—खण्ड 3—उप-खण्ड (i)  
PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 416]

नई दिल्ली सोमवार, जुलाई 29, 2024/ श्रावण 7, 1946

No. 416]

NEW DELHI, MONDAY, JULY 29, 2024/ SHRAVANA 7, 1946

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय

(दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग)

अधिसूचना

नई दिल्ली, 29 जुलाई, 2024

सा.का.नि.455(अ).—दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 में संशोधन करने के लिए कतिपय नियमों का निम्नलिखित मसौदा, जिसे केन्द्र सरकार दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (2016 का 49) की धारा 100 की उप-धारा (1) और (2) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए संशोधन करने का प्रस्ताव करती है, को इससे प्रभावित होने वाले संभावित व्यक्तियों की सूचना के लिए, जैसाकि उक्त धारा की उपधारा (1) द्वारा यथा अपेक्षित है, एतद्वारा प्रकाशित किया जाता है, और एतद्वारा सूचित किया जाता है कि इस अधिसूचना वाले आधिकारिक राजपत्र की प्रतियां प्रकाशित होने और उसे जनता को उपलब्ध कराने की तारीख से तीस दिन की अवधि की समाप्ति के पश्चात् उक्त मसौदा नियमों पर विचार किया जाएगा ;

आपत्तियां और सुझाव, यदि कोई हो, श्री विनीत सिंहल, निदेशक, भारत सरकार, दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, कमरा नंबर 505, 5वीं मंजिल, पंडित दीनदयाल अंत्योदय भवन, सीजीओ कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली, 110003 को या ईमेल द्वारा [udidsection-depwd@gov.in](mailto:udidsection-depwd@gov.in) पर भेजी जा सकती हैं;

उपरोक्त मसौदा नियमों के संबंध में, किसी भी व्यक्ति से उपरोक्त निर्दिष्ट अवधि के समाप्त होने से पहले प्राप्त होने वाली आपत्तियों और सुझावों पर, केंद्र सरकार द्वारा विचार किया जाएगा।

### मसौदा नियम

- संक्षिप्त शीर्षक और विस्तार) -1) इन नियमों को दिव्यांगजन अधिकार नियम (संशोधन) आवली, 2024 कहा जाएगा।
- ये आधिकारिक राजपत्र में उनके प्रकाशन की तारीख से लागू होंगे।
- दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 के अध्याय VII के नियम 17 और 18 में निम्नानुसार संशोधन किया जाएगा :-

मौजूदा नियम	प्रस्तावित संशोधित नियम
<p><b>नियम 17 दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदन -</b></p> <p>(1) विनिर्दिष्ट दिव्यांगता ग्रस्त कोई भी व्यक्ति दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए प्रपत्र-IV में आवेदन कर सकता है और इसे निम्नलिखित को जमा कर सकता है -</p> <p>(क) आवेदन में निवास के प्रमाण में उल्लेख किए गए अनुसार आवेदक के निवास के जिले में ऐसा प्रमाण पत्र जारी करने के लिए चिकित्सा प्राधिकारी या कोई अन्य अधिसूचित सक्षम प्राधिकारी; अथवा</p> <p>(ख) किसी सरकारी अस्पताल में संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी जहां उसने अपनी दिव्यांगता के संबंध में इलाज करा रहा हो या इलाज कराया हो :</p> <p>बशर्ते कि जहां कोई दिव्यांग व्यक्ति अवयस्क है या बौद्धिक दिव्यांगता या किसी अन्य ऐसी दिव्यांगता से पीड़ित है जो उसे स्वयं ऐसा आवेदन करने के लिए अनुपयुक्त या असमर्थ बनाता है, ऐसे मामले में उसकी ओर से आवेदन उसके विधिक अभिभावक द्वारा या इस अधिनियम के अधीन पंजीकृत किसी ऐसे संगठन, जिसकी देखरेख में अवयस्क है, द्वारा किया जा सकता है।</p> <p>(2) आवेदन के साथ निम्नलिखित संलग्न होगा -</p> <p>(क) निवास का प्रमाण</p> <p>(ख) हाल ही के पासपोर्ट आकार के दो फोटोग्राफ ; और</p> <p>(ग) आधार संख्या या आधार नामांकन संख्या, यदि हो तो ।</p> <p><b>नोट:</b> यदि आवेदक के पास आधार या आधार नामांकन संख्या है जो आवेदक से निवास के प्रमाण के लिए किसी अन्य प्रमाण की मांग नहीं की जाएगी।</p>	<p><b>नियम 17 दिव्यांगता प्रमाण पत्र और यूडीआईडी कार्ड के लिए आवेदन -</b></p> <p>(1) विनिर्दिष्ट दिव्यांगता ग्रस्त कोई भी व्यक्ति दिव्यांगता प्रमाण पत्र / यूडीआईडी कार्ड के लिए प्रपत्र-IV में आवेदन कर सकता है और यूडीआईडी पोर्टल के माध्यम से निम्नलिखित को आवेदन जमा कर सकता है।</p> <p>(क) आवेदन में निवास के प्रमाण में उल्लेख किए गए अनुसार आवेदक के निवास के जिले में ऐसा प्रमाण पत्र जारी करने के लिए चिकित्सा प्राधिकारी या कोई अन्य अधिसूचित सक्षम प्राधिकारी; अथवा</p> <p>(ख) अस्पताल में संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी जहां वह अपनी दिव्यांगता के संबंध में इलाज करा रहा हो या इलाज कराया हो :</p> <p>बशर्ते कि जहां कोई दिव्यांग व्यक्ति अवयस्क है या बौद्धिक दिव्यांगता या किसी अन्य ऐसी दिव्यांगता से पीड़ित है जो उसे स्वयं ऐसा आवेदन करने के लिए अनुपयुक्त या असमर्थ बनाता है, ऐसे मामले में उसकी ओर से आवेदन उसके विधिक अभिभावक द्वारा या इस अधिनियम के अधीन पंजीकृत किसी ऐसे संगठन, जिसकी देखरेख में अवयस्क है, द्वारा किया जा सकता है।</p> <p>(2) आवेदन के साथ निम्नलिखित संलग्न होगा -</p> <p>(क) पहचान प्रमाण ;</p> <p>(ख) हाल ही का फोटोग्राफ जो छः माह से ज्यादा पुराना ना हो ;</p> <p>(ग) निवास का प्रमाण; और</p> <p>(घ) आधार संख्या या आधार नामांकन संख्या ।</p>
<p><b>नियम 18 दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करना -</b></p> <p>(1) नियम 17 के तहत आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी या कोई अन्य अधिसूचित सक्षम प्राधिकारी, आवेदक द्वारा प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करेगा और केंद्र सरकार द्वारा जारी प्रासंगिक दिशानिर्देशों के संदर्भ में दिव्यांगता का आकलन करेगा और स्वयं को संतुष्ट करने के बाद कि आवेदक दिव्यांग व्यक्ति है, उसके लिए प्रपत्र V, VI और VII जैसा भी मामला हो, में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करेगा ।</p> <p>(2) चिकित्सा प्राधिकारी आवेदन प्राप्त होने की तारीख से एक महीने के अंदर दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करेगा।</p>	<p><b>नियम 18 दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करना -</b></p> <p>(1) नियम 17 के तहत आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी या कोई अन्य अधिसूचित सक्षम प्राधिकारी, आवेदक द्वारा प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करेगा और केंद्र सरकार द्वारा जारी प्रासंगिक दिशानिर्देशों के संदर्भ में दिव्यांगता का आकलन करेगा और स्वयं को संतुष्ट करने के बाद कि आवेदक दिव्यांग व्यक्ति है, उसके लिए प्रपत्र V और VI में दिव्यांगता प्रमाण पत्र और प्रपत्र VII में तीन प्रकार के यूडीआईडी कार्ड, जैसा भी मामला हो, जारी करेगा ।</p> <p>तीन प्रकार के रंगों पर आधारित यूडीआईडी कार्ड दिव्यांगता की</p>

<p>(3) चिकित्सा प्राधिकरण, विधिवत जांच के बाद -</p> <p>(i) दिव्यांगता की डिग्री में समय के साथ भिन्नता होने की कोई संभावना ना होने के मामले में, स्थायी दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करेगा; अथवा</p> <p>(ii) दिव्यांगता की डिग्री में समय के साथ भिन्नता होने की कोई संभावना के मामले में, वैधता की अवधि को इंगित करते हुए दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करेगा।</p> <p>(4) यदि कोई आवेदक दिव्यांगता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए पात्र नहीं पाया जाता है, तो चिकित्सा प्राधिकारी आवेदन प्राप्त होने की तारीख से एक महीने की अवधि के अंदर प्रपत्र VIII में लिखित रूप में उसे कारणों सहित सूचित करेगा।</p> <p>(5) राज्य सरकार और संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन यह सुनिश्चित करेगा कि दिव्यांगता प्रमाण पत्र उस तारीख से, जैसाकि केंद्र सरकार द्वारा अधिसूचित किया जाए, ऑनलाइन प्लेटफॉर्म के माध्यम से प्रदान किया जाए।</p>	<p>गंभीरता के आधार पर जारी किए जाएंगे--</p> <p>क. <b>सफेद पट्टी वाला कार्ड:</b> जब दिव्यांग व्यक्ति की दिव्यांगता का प्रतिशत 40% से कम हो।</p> <p>ख. <b>पीली पट्टी वाला कार्ड:</b> जब दिव्यांग व्यक्ति दिव्यांगता प्रतिशत 40% या उससे अधिक हो परंतु 80% से कम हो।</p> <p>ग. <b>नीली पट्टी वाला कार्ड:</b> जब दिव्यांग व्यक्ति दिव्यांगता प्रतिशत 80% या उससे अधिक हो।</p> <p>(2) चिकित्सा प्राधिकारी किसी भी दिव्यांगता का निदान होने पर तीन महीने के अंदर दिव्यांगता प्रमाण पत्र और यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा।</p> <p>(3) यदि किसी कारण से, दो वर्ष से अधिक की अवधि के होने पर भी आवेदक के आवेदन पर चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा कोई निर्णय नहीं लिया जाता है, तो उस आवेदन को निष्क्रिय कर दिया जाएगा और आवेदक को पोर्टल पर नए सिरे से आवेदन करना होगा, अथवा इस लंबित आवेदन को पुनः सक्रिय करने के लिए चिकित्सा प्राधिकारी से संपर्क करना होगा।</p> <p>(4) चिकित्सा प्राधिकारी, विधित जांच के बाद -</p> <p>(i) दिव्यांगता की डिग्री में समय के साथ सुधार होने की कोई संभावना ना होने के मामले में, स्थायी दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा; अथवा</p> <p>(ii) दिव्यांगता की डिग्री में समय के साथ सुधार होने की कोई संभावना होने के मामले में, वैधता की अवधि इंगित करते हुए दिव्यांगता प्रमाण पत्र / यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा।</p> <p>(5) विशेषज्ञ या चिकित्सा बोर्ड के आकलन के बाद, यदि कोई, जैसा भी मामला हो, आवेदक दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड प्राप्त करने के लिए पात्र नहीं पाया जाता है, तो चिकित्सा प्राधिकारी ऐसे निराकरण करने की तारीख से एक महीने की अवधि के अंदर ऑनलाइन प्लेटफॉर्म के माध्यम से प्रपत्र VIII में लिखित रूप में उसे कारणों सहित सूचित करेगा। व्यथित आवेदक आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 की धारा 59 (1) के तहत निर्धारित तंत्र का प्रयाग करते हुए ऐसे निराकरण के 90 दिनों के अंदर अपील दायर कर सकता है।</p> <p>(6) राज्य सरकार और संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन यह सुनिश्चित करेगा कि दिव्यांगता प्रमाण पत्र / यूडीआईडी कार्ड केंद्र सरकार द्वारा अधिसूचित किए गए अनुसार ऑनलाइन प्लेटफॉर्म के माध्यम से प्रदान किया जाए।</p>
--	--

### 3. मौजूदा प्रपत्रों और प्रस्तावित संशोधित प्रपत्रों की सूची:

प्रपत्र का प्रकार	मौजूदा प्रपत्र	प्रस्तावित संशोधित प्रपत्र
प्रपत्र IV (दिव्यांगजनों द्वारा दिव्यांगता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन)	अनुबंध क	अनुबंध क2

		(संशोधित प्रपत्र IV)
प्रपत्र V (दिव्यांगता प्रमाण पत्र: अंगों के विच्छेदन या पूर्ण स्थायी पक्षाघात या बौनेपन के मामले में और दृष्टिहीन के मामले में)	अनुबंध ख	अनुबंध ख2 (संशोधित प्रपत्र V मौजूदा प्रपत्र V और प्रपत्र VII को कवर करता है)
प्रपत्र VI (दिव्यांगता प्रमाण पत्र: बहु दिव्यांगताओं के मामले में)	अनुबंध ग	अनुबंध ग2 (संशोधित प्रपत्र VI)
प्रपत्र VII (दिव्यांगता प्रमाण पत्र: प्रपत्र V और VI में उल्लिखित मामलों के अलावा अन्य मामलों में)	अनुबंध घ	अनुबंध घ2 मौजूदा नियमों का प्रपत्र VII हटा दिया गया क्योंकि इसे संशोधित प्रपत्र V के तहत कवर किया गया है। इसके अलावा, संशोधित प्रपत्र VII में यूडीआईडी कार्ड का प्रारूप जोड़ा गया है।
प्रपत्र VIII (दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदन के निराकरण की सूचना)	अनुबंध ङ	अनुबंध ङ 2 (संशोधित प्रपत्र VIII)

[फा. सं. P-13013/50/2024-UDID/IT/STATISTICS]

राजीव शर्मा, संयुक्त सचिव

**नोट:-** दिव्यांगजन अधिकार नियम, 2017 भारत के राजपत्र, असाधारण, भाग II, खंड 3, उप-खंड (i) में अधिसूचना संख्या सा.का.नि. 591 (अ.), दिनांक 15 जून, 2017 के माध्यम से प्रकाशित किए गए थे और अंतिम बार सा.का.नि. 175 (अ.), दिनांक 8 मार्च, 2024 द्वारा संशोधित किया गया था।

अनुबंध क

## प्रपत्र-IV

दिव्यांगजनों द्वारा दिव्यांगता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन

## [नियम 17(1) देखें]

(1) नाम : \_\_\_\_\_  
(नाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

(2) पिता का नाम: \_\_\_\_\_ माता का नाम: \_\_\_\_\_

(3) जन्म तिथि : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(दिनांक) (माह) (वर्ष)

(4) आवेदन के समय आयु: \_\_\_\_\_ वर्ष

(5) लिंग: पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर \_\_\_\_\_

(6) पता:

(क) स्थायी पता

(ख) वर्तमान पता (अर्थात् पत्राचार के लिए)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (ग) वर्तमान पते पर कब से रह रहे हैं \_\_\_\_\_
- (7) शैक्षिक स्थिति (कृपया लागू होने वाले में टिक लगाएं)
- (i) स्नातकोत्तर  
(ii) स्नातक  
(iii) डिप्लोमा  
(iv) उच्चतर माध्यमिक  
(v) हाई स्कूल  
(vi) माध्यमिक  
(vii) प्राथमिक  
(viii) निरक्षर
- (8) व्यवसाय \_\_\_\_\_
- (9) पहचान चिन्ह (i) \_\_\_\_\_ (ii) \_\_\_\_\_
- (10) दिव्यांगता की प्रकृति:
- (11) कब से दिव्यांग हैं कृपया बताएं: जन्म से/ वर्ष \_\_\_\_\_ से।
- (12) (i) क्या आपने पूर्व में कभी दिव्यांगता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन किया था। \_\_\_\_\_ हाँ / नहीं  
(ii) यदि हाँ, तो विवरण दें:  
(क) किस प्राधिकारी को और किस जिले में आवेदन भेजा गया \_\_\_\_\_  
(ख) आवेदन का परिणाम \_\_\_\_\_
- (13) क्या आपको पूर्व में कभी दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी किया गया था? यदि हाँ, तो कृपया एक स्वच्छ प्रति संलग्न करें।

घोषणा: मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर बताए गए सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं, और कोई भी तथ्यात्मक जानकारी छिपाई नहीं गई है या मिथ्य नहीं है। मैं आगे कहता/कहती हूँ कि यदि आवेदन में किसी भी अशुद्धि का पता चलता है, तो मैं प्राप्त किसी भी लाभ को वापिस करने और कानून के अनुसार अन्य कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होऊंगा/होऊंगी।

(दिव्यांगजन के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान अथवा बौद्धिक दिव्यांगता, ऑटिज्म, प्रमस्तिष्क घात और बहु-दिव्यांगता आदि से ग्रस्त व्यक्तियों के मामले में उनके कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान)

दिनांक :

स्थान :

संलग्नक :

1. निवास का प्रमाण (कृपया लागू होने वाले पर सही का निशान लगाएं)
  - (क) राशन कार्ड,
  - (ख) मतदाता पहचान पत्र,
  - (ग) ड्राइविंग लाइसेंस,
  - (घ) बैंक पासबुक,
  - (ङ) पैन कार्ड,
  - (च) पासपोर्ट,
  - (छ) टेलीफोन, बिजली, पानी और आवेदक के पते को दर्शाने वाला कोई अन्य उपयोगिता बिल,
  - (ज) पंचायत, नगर पालिका, छावनी बोर्ड, किसी राजपत्रित अधिकारी, या संबंधित पटवारी या सरकारी स्कूल के हेड मास्टर द्वारा जारी निवास का प्रमाण पत्र,
  - (झ) दिव्यांगजन, निराश्रित, मानसिक रूप से बीमार और अन्य दिव्यांगता वाले व्यक्तियों के लिए एक आवासीय संस्थान के निवासी होने के मामले में, ऐसे संस्थान के प्रमुख से निवास का प्रमाण पत्र।
2. हाल ही के दो पासपोर्ट आकार के फोटोग्राफ

(केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए)

दिनांक :

स्थान:

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर  
मुहर

अनुबंध ख

प्रपत्र-V

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(अंगों के विच्छेदन या पूर्ण स्थायी पक्षाघात या बौनापन के मामलों में और दृष्टिहीन के मामले में)

[नियम 18(1) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

दिव्यांगजन का हाल ही का  
पासपोर्ट आकार का  
अनुप्रमाणित फोटोग्राफ  
(दिव्यांगजन का चेहरा दिखाते  
हुए)

प्रमाणपत्र संख्या.

दिनांक :

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री \_\_\_\_\_ जन्म तिथि (दिनांक/माह/वर्ष) \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष, पुरुष/महिला \_\_\_\_\_ पंजीकरण संख्या \_\_\_\_\_ मकान नं. \_\_\_\_\_ वार्ड/गांव/गली \_\_\_\_\_ डाकघर \_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_, जिसका फोटो ऊपर चिपका हुआ है, की सावधानीपूर्वक जांच की। और मैं संतुष्ट हूँ कि:

(क) वह निम्नलिखित से ग्रस्त है:

- गतिविषयक दिव्यांगता
- बौनापन
- दृष्टिहीन

(कृपया लागू होने वाले पर सही का निशान लगाएं)

(ख) इनके मामले में \_\_\_\_\_ का निदान हुआ है

(क) दिशानिर्देशों (दिशानिर्देश की संख्या .....और जारी करने की तारीख निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उसके (शरीर का हिस्सा) \_\_\_\_\_ के संबंध में \_\_\_\_\_% (आंकड़े में) \_\_\_\_\_ प्रतिशत (शब्दों में) स्थायी गतिविषयक दिव्यांगता / बौनापन / दृष्टिहीनता है।

2. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:-

दस्तावेज़ की प्रकृति	जारी करने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर और मुहर)

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी किया गया है

अनुबंध ग

## प्रपत्र - VI

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(बहु दिव्यांगता के मामलों में)

[नियम 18 (1) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

दिव्यांगजन की हाल ही की पासपोर्ट आकार की सत्यापित फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

प्रमाण पत्र संख्या.

दिनांक:

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ पुत्र/पत्नी/पुत्री  
श्री \_\_\_\_\_ जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष) \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष, पुरुष / महिला  
\_\_\_\_\_

पंजीकरण सं. \_\_\_\_\_ स्थायी निवास मकान नं. \_\_\_\_\_ वार्ड/गांव/गली \_\_\_\_\_ डाकघर,  
\_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_, जिसका फोटो ऊपर चिपका हुआ है, की सावधानीपूर्वक  
जांच की है, और मैं संतुष्ट हूँ कि:

(क) इनका बहु दिव्यांगता का मामला है। इनकी स्थायी शारीरिक बाधिता/दिव्यांगता की सीमा का मूल्यांकन नीचे दी गई दिव्यांगताओं के लिए दिशानिर्देशों (विनिर्दिष्ट किए जाने वाले दिशानिर्देशों की संख्या..... और जारी करने की तारीख) के अनुसार किया गया है, और नीचे दी गई तालिका में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है:

क्र.सं.	दिव्यांगता	शरीर का प्रभावित हिस्सा	निदान	स्थायी शारीरिक बाधिता/मानसिक दिव्यांगता (% में)
1.	गतिविषयक (लोकोमोटर) दिव्यांगताएं	@		
2.	मांसपेशीय दुर्बिकास (मस्कुलर डिस्ट्रोफी)			
3.	कुष्ठ रोग उपचारित			
4.	बौनापन			
5.	प्रमस्तिष्क घात (सेरेब्रल पाल्सी)			
6.	एसिड अटैक पीड़ित			
7.	निम्न दृष्टि	#		



8.	अन्धता	#		
9.	बधिर	£		
10.	सुनने में कठिनाई	£		
11.	वाक् और भाषा दिव्यांगता			
12.	बौद्धिक दिव्यांगता			
13.	विशिष्ट अधिगम दिव्यांगता			
14.	आटिज्म स्पेक्ट्रम विकार			
15.	मानसिक रूग्णता			
16.	गंभीर स्नायु संबंधी विकार (क्रोनिक न्यूरोलॉजिकल कंडीशन)			
17.	मल्टीपल स्केलेरोसिस			
18.	पार्किन्संस रोग			
19.	हेमोफिलिया			
20.	थेलासीमिया			
21.	लाल रक्त कोशिका (सिक्ल सेल) रोग			

(ख) उपरोक्त के आलोक में, दिशानिर्देशों (विनिर्दिष्ट किए जाने वाले दिशानिर्देशों के जारी होने की संख्या .....और तारीख) के अनुसार उसकी सभी स्थायी शारीरिक बाधिता निम्नानुसार है: -

आंकड़ों में: - ----- प्रतिशत

शब्दों में: - ----- प्रतिशत

2. यह स्थिति प्रगतिशील/गैर-प्रगतिशील/सुधार की संभावना है/सुधार की संभावना नहीं है।

3. दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन :

(i) आवश्यक नहीं,

अथवा

(ii) अनुशंसित है/ \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ माह के बाद अनुशंसित है, और इसलिए यह प्रमाण पत्र (दिन/माह/वर्ष) \_\_\_\_\_ तक मान्य होगा

@ उदाहरण - बाएं/दाएं/दोनों भुजाएं/पैर

# उदाहरण - एक आँख

£ उदाहरण - बाएं/दाएं/दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं: -

दस्तावेज़ की प्रकृति	जारी करने की तिथि	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

## 5. चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और मुहर।

सदस्य का नाम और मुहर	सदस्य का नाम और मुहर	अध्यक्ष का नाम और मुहर

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान जिसके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी किया गया है

अनुबंध घ

## प्रपत्र – VII

## दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(प्रपत्र V और VI में उल्लिखित मामलों के अलावा अन्य मामलों में)

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

(नियम 18(1) देखें)

दिव्यांगजन की हाल ही की पासपोर्ट आकार की सत्यापित फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

प्रमाण पत्र संख्या.

दिनांक:

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री \_\_\_\_\_ के जन्म तिथि (दिन / माह / वर्ष) \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष, पुरुष / महिला \_\_\_\_\_ पंजीकरण संख्या \_\_\_\_\_ स्थायी निवास मकान नं. \_\_\_\_\_ वार्ड/गांव/गली \_\_\_\_\_ डाकघर \_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ जिसका फोटो ऊपर चिपका हुआ है, की सावधानीपूर्वक जांच की है, और मैं संतुष्ट हूँ कि इनका \_\_\_\_\_ दिव्यांगता का मामला है। दिशा-निर्देशों के अनुसार इनकी शारीरिक बाधिता/दिव्यांगता की प्रतिशतता का मूल्यांकन विनिर्दिष्ट किए जाने वाले दिशा-निर्देशों की संख्या \_\_\_\_\_ और जारी करने की तारीख) के अनुसार किया गया है और नीचे दी गई तालिका में प्रासंगिक दिव्यांगता के सामने दर्शाया गया है: -

क्र. सं.	दिव्यांगता	शरीर का प्रभावित हिस्सा	निदान	स्थायी शारीरिक बाधिता/मानसिक दिव्यांगता (% में)
1.	गतिविषयक दिव्यांगताएं (लोकोमोटर)	@		

2.	मांसपेशीय दुर्बिकास (मस्क्युलर डिस्ट्रोफी)			
3.	कुष्ठ रोग उपचारित			
4.	प्रमस्तिष्क घात (सेरेब्रल पाल्सी)			
5.	एसिड अटैक पीड़ित			
6.	निम्न दृष्टि	#		
7.	बधिर	£		
8.	सुनने में कठिनाई	£		
9.	वाक् और भाषा दिव्यांगता			
10.	बौद्धिक दिव्यांगता			
11.	विशिष्ट अधिगम दिव्यांगताएं			
12.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार			
13.	मानसिक रूग्णता			
14.	गंभीर स्नायु संबंधी विकार (क्रोनिक न्यूरोलॉजिकल कंडीशन)			
15.	मल्टीपल स्केलेरोसिस			
16.	पार्किन्संस रोग			
17.	हेमोफिलिया			
18.	थेलासीमिया			
19.	लाल रक्त कोशिका (सिक्लल सेल) रोग			

(कृपया उन दिव्यांगताओं को काट दें जो लागू नहीं हैं)

2. उपर्युक्त स्थिति प्रगतिशील/गैर-प्रगतिशील/सुधार की संभावना है/सुधार की संभावना नहीं है।

3. दिव्यांगता का पुनर्मूल्यांकन :

(i) आवश्यक नहीं है, या

(ii) अनुशंसित है/\_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ माह के बाद अनुशंसित है, और इसलिए यह प्रमाण पत्र (दिन/माह/वर्ष) \_\_\_\_\_ तक मान्य होगा

@ - उदाहरण - बाएं/दाएं/दोनों भुजाएं/पैर

# - उदाहरण - एक आंख/दोनों आंखें

€ - उदाहरण - बाएं/दाएं/दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं: -

दस्तावेज की प्रकृति	जारी करने की तिथि	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का विवरण

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)

(नाम और मुहर)

प्रतिहस्ताक्षरित

{ यदि प्रमाण पत्र (मुहर के साथ) किसी ऐसे चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जारी किया जाता है

जो सरकारी कर्मचारी नहीं है

सरकारी अस्पताल के मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा

अधीक्षक/प्रमुख के प्रतिहस्ताक्षर और मुहर }

उस व्यक्ति के  
हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान  
जिसके पक्ष में दिव्यांगता  
प्रमाण पत्र जारी किया  
गया है

**नोट:** यदि यह प्रमाण पत्र किसी चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जारी किया जाता है जो सरकारी कर्मचारी नहीं है, तो यह केवल तभी मान्य होगा जब जिले के मुख्य चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया गया हो।

अनुबंध ड

प्रपत्र - VIII

[दिव्यांगता प्रमाण पत्र के आवेदन की अस्वीकृति की सूचना]

[नियम 18(4) देखें]

संख्या. \_\_\_\_\_

दिनांक :

सेवा में,

(आवेदक का नाम और पता

दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए)

विषय: दिव्यांगता प्रमाण पत्र के आवेदन की अस्वीकृति के संबंध में।

महोदय/ महोदया,

कृपया \_\_\_\_\_ दिव्यांगता हेतु दिव्यांगता प्रमाण पत्र जारी करने के लिए दिनांक \_\_\_\_\_ के अपने आवेदन का संदर्भ ग्रहण करें:

2. उपरोक्त आवेदन के अनुसार, अधोहस्ताक्षरी/चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा दिनांक \_\_\_\_\_ को आपकी जांच की गई है, और मुझे यह सूचित करते हुए खेद है कि, नीचे उल्लिखित कारणों से, आपको दिव्यांगता का प्रमाण पत्र जारी करना संभव नहीं है:

(i)

(ii)

(iii)

3. यदि आप अपने आवेदन की अस्वीकृति से असंतुष्ट हैं, तो आप इस निर्णय की समीक्षा के लिए अनुरोध करते हुए \_\_\_\_\_, को अभ्यावेदन भेज सकते हैं।

भवदीय,

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)

(नाम और मुहर)

अनुबंध क 2

## प्रपत्र- IV

आवेदक द्वारा दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड प्राप्त करने हेतु आवेदन

[नियम 17(1) देखें]

## 1. व्यक्तिगत जानकारी:

- क) आवेदक का नाम : \_\_\_\_\_
- ख) लिंग (पुरुष/स्त्री/ट्रांसजेंडर): \_\_\_\_\_
- ग) जन्मतिथि : दिन/माह/वर्ष \_\_\_\_\_
- घ) मोबाइल नंबर (केवल 10 अंक): \_\_\_\_\_
- ङ) ईमेल आईडी (वैकल्पिक) : \_\_\_\_\_
- च) आवेदक के पिता/माता/अभिभावक का नाम: \_\_\_\_\_
- छ) पिता/माता/अभिभावक का मोबाइल नंबर \_\_\_\_\_
- ज) अभिभावक के मामले में, आवेदक के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

## 2. पहचान प्रमाण-पत्र:

- क) आवेदक का आधार नं.: \_\_\_\_\_
- ख) मैं अपनी आधार संबंधी सूचना सरकारी विभाग से साझा करने के लिए सहमत हूँ:  
(यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं है तो कृपया इस फॉर्म के अंत में नोट देखें।)

## 3. पते का प्रमाण पत्र:

- (क) पता: \_\_\_\_\_
- (ख) राज्य/संघ राज्य क्षेत्र: \_\_\_\_\_
- (ग) जिला: \_\_\_\_\_
- (घ) उप जिला: \_\_\_\_\_
- (ङ) गांव/नगर (वैकल्पिक): \_\_\_\_\_

(च) पिन कोड: \_\_\_\_\_

(छ) पते के प्रमाण पत्र के लिए दस्तावेज़ की प्रकृति (कृपया लागू होने पर टिक करें):

- i. आधार कार्ड
- ii. भारतीय पासपोर्ट
- iii. राशन/पीडीएस फोटोग्राफ कार्ड/ई-राशन कार्ड
- iv. मतदाता पहचान पत्र/ई-मतदाता पहचान पत्र
- v. दिव्यांगजन सशक्तिकरण नियम, 2017 के तहत जारी दिव्यांगता प्रमाण पत्र
- vi. केंद्र सरकार/राज्य सरकार द्वारा जारी फोटो पहचान पत्र / प्रमाण पत्र जैसे भामाशाह, डोमिसाईल (अधिवास) प्रमाण पत्र, निवास प्रमाण पत्र, जन-आधार, मनरेगा / नरेगा जॉब कार्ड, श्रम कार्ड आदि केंद्र / राज्य सरकार द्वारा जारी अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / ओबीसी प्रमाण पत्र।
- vii. ट्रांसजेंडर व्यक्ति अधिनियम, 2019 के तहत जारी ट्रांसजेंडर पहचान पत्र/प्रमाणपत्र
- viii. एमपी/एमएलए/एमएलसी/नगर पार्षद द्वारा जारी प्रमाण पत्र
- ix. केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र इत्यादि।
- x. मान्यता प्राप्त आश्रय/होम या अनाथालयों के अधीक्षक/वार्डन/मैट्रन/संस्था प्रमुख द्वारा जारी प्रमाण पत्र (केवल संबंधित आश्रय गृह या अनाथालय के बच्चों के लिए)
- xi. ग्राम पंचायत प्रमुख/अध्यक्ष/मुखिया/गांव बूरा/पंचायत सचिव आदि द्वारा जारी प्रमाण पत्र।
- xii. बिजली बिल (परन्तु 3 माह से अधिक पुराना न हो)
- xiii. पानी का बिल (परन्तु 3 माह से अधिक पुराना न हो)
- xiv. टेलीफोन लैंडलाइन बिल / पोस्टपेड मोबाइल बिल / ब्रॉडबैंड बिल (परन्तु 3 माह से अधिक पुराना न हो)
- xv. वैध पंजीकृत बिक्री अनुबंध/रजिस्ट्रार कार्यालय में पंजीकृत उपहार विलेख (गिफ्ट डीड)/पंजीकृत या गैर पंजीकृत किरायानामा
- xvi. पट्टा समझौता/लीव एंड लाइसेंस समझौता
- xvii. गैस कनेक्शन बिल (परन्तु 3 माह से अधिक पुराना न हो)
- xviii. केंद्र सरकार / राज्य सरकार / पीएसयू / नियामक निकायों / सांविधिक निकायों द्वारा जारी आवास का आवंटन पत्र (1 वर्ष से अधिक पुराना न हो)
- xix. जीवन / चिकित्सा बीमा पॉलिसी (पॉलिसी जारी होने की तारीख से 1 वर्ष तक वैध)

#### 4. दिव्यांगता विवरण:

(क) दिव्यांगता का प्रकार (कृपया लागू होने पर टिक करें):

- i. एसिड अटैक पीडित
- ii. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार
- iii. दृष्टिबाधिता
- iv. प्रमस्तिष्क घात
- v. चिरकालिक न्यूरोलॉजिकल स्थितियां
- vi. बौनापन
- vii. श्रवण बाधिता

- viii. हीमोफीलिया
- ix. बौद्धिक दिव्यांगता
- x. कुष्ठ रोग उपचारित
- xi. गतिविषयक दिव्यांगता (लोकोमोटर दिव्यांगताएं)
- xii. निम्न दृष्टि
- xiii. मानसिक रूग्णता
- xiv. मल्टीपल स्केलेरोसिस
- xv. मांसपेशीय दुर्विकार (मस्कुलर डिस्ट्राफी)
- xvi. पार्किंसन्स रोग
- xvii. लाल रक्त कोशिका (सिक्कल सेल) रोग
- xviii. विशिष्ट अधिगम दिव्यांगताएं
- xix. वाक् और भाषा दिव्यांगताएं
- xx. थैलेसीमिया
- xxi. बहु – दिव्यांगताएं \*

(\*नोट: बहु दिव्यांगताओं के मामले में, कृपया ऊपर सूचीबद्ध 20 दिव्यांगताओं में से 2 या 2 से अधिक चुनें)

(ख) दिव्यांगता का कारण:

- i. दुर्घटना
- ii. जन्मजात
- iii. रोग
- iv. अनुवांशिक
- v. संक्रमण
- vi. दवाई के किसी साईड इफैक्ट से
- vii. कोई अन्य

(ग) दिव्यांग होने के बाद से अवधि: जन्म से/वर्ष से \_\_\_\_\_

(घ) क्या आपके पास पुराना (मैनुअल) दिव्यांगता प्रमाण पत्र है? (हां/नहीं): \_\_\_\_\_

यदि हाँ, तो नीचे दिए गए विवरण के साथ दिव्यांगता प्रमाण पत्र की स्कैन की गई प्रति अपलोड की जाए

- i) प्रमाणपत्र संख्या
- ii) जारी करने की तिथि
- iii) जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का विवरण

5. यूडीआईडी कार्ड/दिव्यांगता प्रमाण पत्र के मूल्यांकन/जारी करने वाले अस्पताल का उल्लेख करें:

क्या आपका उपचार करने वाला अस्पताल किसी अन्य राज्य/जिले में स्थित है (हाँ/नहीं): \_\_\_\_\_

यदि हाँ,

क. उपचार करने वाला अस्पताल किस राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में है: \_\_\_\_\_

ख. उपचार करने वाला अस्पताल किस जिले में है: \_\_\_\_\_

ग. अस्पताल का नाम

यदि नहीं, तो अपने डोमिसाइल जिले से अस्पताल चुनें

अस्पताल का नाम: \_\_\_\_\_

घोषणा: मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं, और कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छुपाई या गलत नहीं बताई गई है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि यदि आवेदन में कोई अशुद्धि पाई जाती है, तो मुझे प्राप्त होने वाले किसी भी लाभ को जब्त कर लिया जाएगा और कानून के अनुसार अन्य कार्रवाई की जाएगी।

(दिव्यांग व्यक्ति के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान, या बौद्धिक दिव्यांगता, ऑटिज्म, सेरेब्रल पाल्सी और बहु दिव्यांगता आदि वाले व्यक्तियों के मामले में उनके कानूनी अभिभावक का हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान)

दिनांक:

स्थान:

संलग्नक:

1. पहचान प्रमाण पत्र- आधार कार्ड (आधार कार्ड उपलब्ध नहीं होने की स्थिति में कृपया इस फॉर्म के अंत में नोट देखें।)
2. पते का प्रमाण पत्र (जैसा कि ऊपर पैरा 3 (जी) में दर्शाया गया है) यदि यह आधार से भिन्न है।

**नोट (पैरा 2 के संदर्भ में: पहचान प्रमाण पत्र):**

यदि आवेदक ने आधार के लिए नामांकन कराया है लेकिन अभी तक उसे आधार नंबर नहीं मिला है, तो अपना आधार नामांकन नंबर का उल्लेख करें \_\_\_\_\_ और आधार नामांकन पर्ची (एनरोलमेंट स्लिप) को निम्नलिखित दस्तावेजों में से किसी एक के साथ संलग्न/अपलोड करें, अर्थात:-

- I. फोटो सहित बैंक या डाकघर की पासबुक; या
- II. स्थायी खाता संख्या (पैन) कार्ड; या
- III. पासपोर्ट; या
- IV. राशन कार्ड; या
- V. मतदाता पहचान पत्र; या
- VI. महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम कार्ड (मनरेगा); या
- VII. किसान फोटो पासबुक; या
- VIII. मोटर वाहन अधिनियम, 1988 (1988 का 59) के अंतर्गत लाइसेंसिंग प्राधिकारी द्वारा जारी ड्राइविंग लाइसेंस; या
- IX. राजपत्रित अधिकारी या तहसीलदार द्वारा आधिकारिक लेटर हेड पर जारी ऐसे व्यक्ति की फोटो युक्त पहचान प्रमाण पत्र; या
- X. विभाग द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज;



## अनुबंध ख 2

भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	डीईपीडब्ल्यूडी, भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का लोगो (प्रतीक चिह्न)
--------------------------------------	--	---

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,  
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

## फार्म-V

## दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(एकल दिव्यांगता के मामले में)

[नियम 18(1) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

दिव्यांगजन का  
नवीनतम  
पासपोर्ट आकार  
का फोटो (केवल  
चेहरा दिख रहा  
हो)

प्रमाण पत्र/यूडीआई नं.

जारी करने की तिथि:

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/केयर ऑफ <पिता/माता/संरक्षक का नाम>, जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष), लिंग <पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर>, पंजीकरण संख्या <यूडीआईडी नामांकन संख्या> दिव्यांग व्यक्ति का पता> का निवासी जिसकी फोटो ऊपर चिपका हुआ है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और मैं संतुष्ट हूँ कि:

(क) उक्त व्यक्ति (निम्नलिखित दिव्यांगताओं में से किसी एक) से ग्रसित है:

- गतिविषयक दिव्यांगता
- मस्कुलर डिस्ट्राफी
- कुष्ठ रोग उपचारित
- बौनापन
- प्रमस्तिष्क घात
- एसिड अटैक पीडित
- निम्न दृष्टि
- दृष्टिबाधिता

- ix. श्रवण बाधिता
- x. वाक् और भाषा दिव्यांगता
- xi. बौद्धिक दिव्यांगता
- xii. विशिष्ट अधिगम दिव्यांगता
- xiii. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार
- xiv. मानसिक रूग्णता
- xv. चिरकालिक न्यूरोलॉजिकल स्थितियां
- xvi. बहु स्क्लेरोसिस
- xvii. पार्किंसंस रोग
- xviii. हीमोफीलिया
- xix. थैलेसीमिया
- xx. सिक्कल कोशिका रोग

(ख) शरीर के प्रभावित हुए अंग का नाम:

(ग) उसके/उसकी मामले में मूल्यांकन यह है \_\_\_\_\_

(घ) व्यक्ति में \_\_\_\_\_% (आंकड़ों में) \_\_\_\_\_ प्रतिशत (शब्दों में) दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति {स्थायी/अस्थायी और (दिन/माह/वर्ष) तक वैध} है, जैसा कि भारत सरकार द्वारा जारी अधिसूचना संख्या> दिनांक (दिन/माह/वर्ष) के तहत आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 के तहत शामिल व्यक्ति में विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का दिशानिर्देशों के अनुसार आकलन करने के उद्देश्य से है।

दिव्यांग व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान:

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्य (सदस्यों) के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

अनुबंध ग 2

भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	डीईपीडब्ल्यूडी, भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का लोगो (प्रतीक चिह्न)
--------------------------------------	--	---

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,  
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

फार्म-VI

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(बहु दिव्यांगता के मामले में)

[नियम 18(1) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

सर्टिफिकेट/यूडीआईडी नं.

जारी करने की तिथि:

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/अभिभावक <पिता/माता/संरक्षक का नाम>, जन्म तिथि (दिनांक/माह/वर्ष), लिंग <पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर>, पंजीकरण संख्या <यूडीआईडी नामांकन संख्या> <दिव्यांग व्यक्ति का पता> का निवासी जिसकी फोटो ऊपर चस्पा है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और हम संतुष्ट हैं कि:

(क) इनका **बहु दिव्यांगता** का मामला है। इनकी शारीरिक दिव्यांगता/दिव्यांगता की सीमा का मूल्यांकन भारत सरकार द्वारा अधिसूचित आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 के तहत शामिल व्यक्ति में विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का आकलन दिशानिर्देशों के अनुसार करने के उद्देश्य से किया गया है, जिसे नीचे दी गई दिव्यांगताओं के लिए <अधिसूचना संख्या> दिनांक (दिन/माह/वर्ष) के माध्यम से अधिसूचित किया गया है:

क्र.सं.	दिव्यांगता	शरीर के प्रभावित अंग का नाम	निदान	दिव्यांगता का प्रतिशत
1.	गतिविषयक (लोकोमोटर) दिव्यांगताएं			
2.	मांसपेशीय दुर्बिकास (मस्क्युलर डिस्ट्राफी)			
3.	कुष्ठ रोग उपचारित			
4.	बौनापन			
5.	प्रमस्तिष्क घात (सेरेब्रल पाल्सी)			
6.	एसिड अटैक पीडित			
7.	निम्न दृष्टि			
8.	दृष्टिबाधिता			
9.	श्रवण दोष			
10.	वाक् और भाषा दिव्यांगता			
11.	बौद्धिक दिव्यांगता			
12.	विशिष्ट अधिगम दिव्यांगता			
13.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार			
14.	मानसिक रूग्णता			
15.	चिरकालिक न्यूरोलॉजिकल स्थितियां			
16.	मल्टीपल स्केलेरोसिस			

17.	पार्किंसंस रोग			
18.	हीमोफीलिया			
19.	थैलेसीमिया			
20.	लाल रक्त कोशिका (सिक्कल सेल) रोग			

i. (नोट: केवल मूल्यांकन की गई दिव्यांगताओं को सूचीबद्ध किया जाएगा)

(ख) इनमें \_\_\_\_\_% (आंकड़े में) \_\_\_\_\_ प्रतिशत (शब्दों में) समग्र दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति {स्थायी/अस्थायी और (दिनांक/माह/वर्ष) तक मान्य है}

दिव्यांग व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान:

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्यों के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

अनुबंध घ 2

### फार्म-VII

#### यूडीआईडी कार्ड

[नियम 18(1) देखें]

क. सफेद कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत 40% से कम है

White Band

UNIQUE DISABILITY ID  
Government of India

State Logo

नाम / Name  
- - - - -

UD ID  
-----

Disability Type  
-----

Year of Birth  
YYYY

% of Disability  
-----

Date of Issue  
DDMMYYYY

Valid upto  
DDMMYYYY

Issuing Authority Sign

Passport Size Photo

Fold here to see na card preview

UNIQUE DISABILITY ID  
Government of India

State ID: If Applicable  
-----

Aadhaar No.  
-----

Address of the Card Issuing Authority  
-----  
-----  
-----

QR Code

ख. पीला कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत 40% और उससे अधिक लेकिन 80% से कम हो

Yellow Band/Yellow Band

UNIQUE DISABILITY D  
Government of India

State Logo

नाम / Name  
- - - - -

UD ID  
-----

Disability Type  
-----

Year of Birth  
YYYY

% of Disability  
-----

Date of Issue  
DDMMYYYY

Valid upto  
DDMMYYYY

Issuing Authority Sign

Passport Size Photo

Fold here to see na card preview

UNIQUE DISABILITY ID  
Government of India

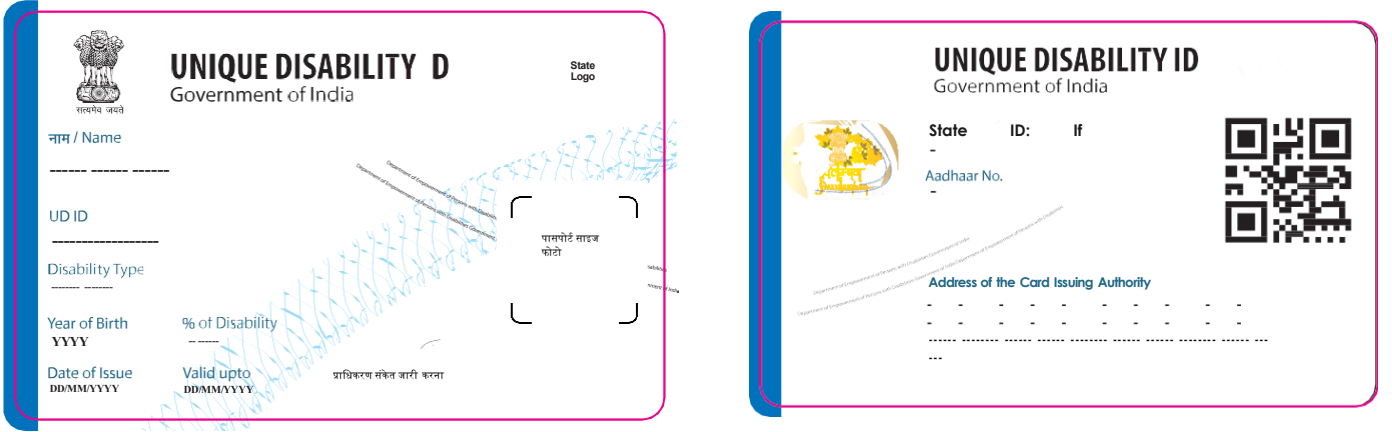
State ID: If Applicable  
-----

Aadhaar No.  
-----

Address of the Card Issuing Authority  
-----  
-----  
-----

QR Code

ग. नीला कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत 80% और उससे अधिक है



अनुबंध ड 2

भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	डीईपीडब्ल्यूडी, भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का लोगो (प्रतीक चिह्न)
--------------------------------------	--	---

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,  
दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

**फार्म-VIII**

**अस्वीकृति प्रमाणपत्र**

(दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदन की अस्वीकृति के मामले में)

[नियम 18(5) देखें]

(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

दिव्यांगजन का  
नवीनतम  
पासपोर्ट आकार  
का फोटो (केवल  
चेहरा दिख रहा  
हो)

अस्वीकृति की तिथि:

सेवा में,

(दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदक का नाम और पता)

विषय: दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड के लिए आवेदन की अस्वीकृति के संबंध में

महोदय/महोदया,

निम्नलिखित दिव्यांगता के लिए दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करने के लिए कृपया अपना यूडीआईडी आवेदन/पंजीकरण क्रमांक <यूडीआईडी नामांकन क्रमांक> दिनांक <दिन/माह/वर्ष> देखें:

- (i)  
(ii)  
(iii)

2. आपके आवेदन के अनुसरण में, दिनांक < दिन/माह/वर्ष > को नीचे हस्ताक्षरकर्ता/चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा आपकी जांच की गई है और मुझे यह सूचित करते हुए खेद है कि नीचे उल्लिखित कारणों से आपके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाणपत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करना संभव नहीं है:

- (i)  
(ii)  
(iii)

3. यदि आप अपने आवेदन की अस्वीकृति से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप 90 दिनों के भीतर अपीलीय प्राधिकारी को इस निर्णय की समीक्षा के लिए अनुरोध कर सकते हैं।

हस्ताक्षर:

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

**MINISTRY OF SOCIAL JUSTICE AND EMPOWERMENT**

**(Department of Empowerment of Persons with Disabilities)**

**NOTIFICATION**

New Delhi, the 29th July, 2024

**G.S.R...455(E).**—The following draft of certain rules to amend the Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017, which the Central Government proposes to make in exercise of the powers conferred by sub-sections (1) and (2) of section 100 of the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 (49 of 2016), is hereby published as required by sub-section (1) of the said section, for the information of all persons likely to be affected thereby; and notice is hereby given that the said draft rules shall be taken into consideration after the expiry of a period of thirty days from the date on which the copies of the Official Gazette in which this notification is published are made available to the public;

Objections and suggestions, if any, may be addressed to **Shri Vineet Singhal, Director to the Government of India, Department of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan), Room No 505, 5th Floor, Pandit Deen Dayal Antyodaya Bhawan, CGO Complex, Lodhi Road, New Delhi, 110003 or by email at [udidsection-depwd@gov.in](mailto:udidsection-depwd@gov.in)**;

The objections and suggestions, which may be received from any person with respect to the said draft rules before the expiry of the period specified above, will be considered by the Central Government.

**DRAFT RULES**

- Short title and extent.- (1) These rules may be called the Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024.  
(2) They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette.
- The Rule 17, and 18 of Chapter VII of the Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017, shall be amended as under:-

Existing Rules	Proposed Amended Rules
<p><b>Rule 17. Application for certificate of disability.</b>- (1) Any person with specified disability may apply in Form - IV for a certificate of disability and submit the application to -</p> <p>(a) a medical authority or any other notified competent authority to issue such a certificate in the district of residence of the applicant as mentioned in the proof of</p>	<p><b>Rule 17 Application for Disability certificate and UDID Card.</b>-(1) Any person with specified disability may apply in Form -IV for a Disability certificate/ <b>UDID Card</b> and submit the application through UDID Portal to:</p> <p>(a) a medical authority or any other notified competent <b>medical</b> authority to issue such a certificate in the district</p>

<p>residence in the application; or</p> <p>(b) the concerned medical authority in a government hospital where he may be undergoing or may have undergone treatment in connection with his disability:</p> <p>Provided that where a person with disability is a minor or suffering from intellectual disability or any other disability which renders him unfit or unable to make such an application himself, the application on his behalf may be made by his legal guardian or by any organization registered under the Act having the minor under its care.</p> <p>(2) The application shall be accompanied by -</p> <p>(a) proof of residence;</p> <p>(b) two recent passport size photographs; and</p> <p>(c) aadhaar number or aadhaar enrollment number, if any.</p> <p><b>Note:</b> No other proof of residence shall be demanded from the applicant who has aadhaar or aadhaar enrollment number.</p>	<p>of residence of the applicant as mentioned in the proof of residence in the application; or</p> <p>(b) the concerned medical authority in a hospital where he may be undergoing or may have undergone treatment in connection with his disability:</p> <p>Provided that where a person with disability is a minor or suffering from intellectual disability or any other Disability which renders him unfit or unable to make such an application himself, the application on his behalf may be made by his legal guardian or by any organization registered under the Act having the minor under its care.</p> <p>(2) The application shall be accompanied by -</p> <p>(a) <b>proof of identity; and</b></p> <p>(b) <b>a recent photograph not older than six months</b></p> <p>(c) proof of residence; and</p> <p>(d) aadhaar number or aadhaar enrolment number.</p>
<p><b>Rule 18. Issue of certificate of disability.-</b></p> <p>(1) On receipt of an application under rule 17, the medical authority or any other notified competent authority shall, verify the information as provided by the applicant and shall assess the disability in terms of the relevant guidelines issued by the Central Government and after satisfying himself that the applicant is a person with disability, issue a certificate of disability in his favour in Form V, VI and VII, as the case may be.</p> <p>(2) The medical authority shall issue the certificate of disability within a month from the date of receipt of the application.</p> <p>(3) The medical authority shall, after due examination -</p> <p>(i) issue a permanent certificate of disability in cases where there are no chances of variation of disability over time in the degree of disability; or</p> <p>(ii) issue a certificate of disability indicating the period of validity, in cases where there is any chance of variation over time in the degree of disability.</p> <p>(4) If an applicant is found ineligible for issue of certificate of disability, the medical authority shall convey the reasons to him in writing under Form VIII within a period of one month from the date of receipt of the application.</p> <p>(5) The State Government and Union territory Administration shall ensure that the certificate of disability is granted on online platform from such date as may be notified by the Central Government.</p>	<p><b>Rule 18 Issue of Disability certificate/UDID Card.-</b></p> <p>(1) On receipt of an application under rule 17, the medical authority or any other notified competent medical authority shall verify the information as provided by the applicant and shall assess the disability in terms of the relevant guidelines issued by the Central Government and after satisfying himself that the applicant is a person with disability, issue a disability certificate in Form V and VI and three types of <b>UDID cards</b> in form VII in his favour , as the case may be. Three types of coloured based UDID Cards shall be issued based on the severity of the disability-</p> <p>a. <b>White Band Card:</b> When the disability percentage of a PwD is below 40%.</p> <p>b. <b>Yellow Band Card:</b> When the disability percentage of a PwD is 40% or above but below 80%.</p> <p>c. <b>Blue Band Card:</b> When the disability percentage of a PwD is 80% or above.</p> <p>(2) The medical authority shall issue the Disability certificate and <b>UDID card</b> within three months, in case any disability is diagnosed.</p> <p>(3) In case, due to any reason, no decision is taken by the Medical authority on the application of the applicant for a period above two years, such application shall be made inactive, and the applicant needs to apply afresh on portal, or approach the medical authority to re-activate the pending application.</p> <p>(4) The medical authority shall, after due examination-</p> <p>(i) issue a permanent Disability certificate/<b>UDID card</b> in cases where there are no chances of improvement over time in the degree of disability; or</p> <p>(ii) issue a certificate of disability/UDID Card indicating the period of validity, in cases where there is any chance of improvement over time in the degree of disability.</p> <p>(5) If an applicant is found ineligible for issuance of</p>





- (Date) \_\_\_\_\_ (Month)(year) \_\_\_\_\_
- (4) Age at the time of application : \_\_\_\_\_ years
- (5) Sex: Male/Female/Transgender \_\_\_\_\_
- (6) Address:
- (a) Permanent address \_\_\_\_\_ (b) Current Address (i.e. for communication) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (c) Period since when residing at current address \_\_\_\_\_
- (7) Educational Status (Please tick as applicable)
- (ix) Post Graduate \_\_\_\_\_
- (x) Graduate \_\_\_\_\_
- (xi) Diploma \_\_\_\_\_
- (xii) Higher Secondary \_\_\_\_\_
- (xiii) High School \_\_\_\_\_
- (xiv) Middle \_\_\_\_\_
- (xv) Primary \_\_\_\_\_
- (xvi) Non-literate \_\_\_\_\_
- (8) Occupation \_\_\_\_\_
- (9) Identification marks (i) \_\_\_\_\_ (ii) \_\_\_\_\_
- (10) Nature of disability :
- (11) Period since when disabled: Form Birth//Since year \_\_\_\_\_
- (12) (i) Did you ever apply for issue of a certificate of disability in the past \_\_\_yes/no
- (ii) If yes, details:
- (a) Authority to whom and district in which applied \_\_\_\_\_
- (b) Result of application \_\_\_\_\_
- (13) Have you ever been issued a disability certificate in the past? If yes, please enclose a true copy.

**Declaration:** I hereby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief, and no material information has been concealed or misstated. I further state that if any inaccuracy is detected in the application, I shall be liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.

\_\_\_\_\_  
 (signature or left thumb impression of person with disability, or of his/her legal guardian in case of persons with intellectual disability, autism, cerebral palsy and multiple disabilities, etc)

Date :

Place:

**Enclosures:**

1. Proof of residence (Please tick as applicable).
  - (a) ration card,

- (b) voter identity card,
- (c) driving license,
- (d) bank passbook,
- (e) PAN card,
- (f) passport,
- (g) telephone, electricity, water and any other utility bill indicating the address of the applicant,
- (h) a certificate of residence issued by a Panchayat, municipality, cantonment board, any gazetted officer, or the concerned Patwari or Head Master of a Government school,
- (i) in case of an inmate of a residential institution for persons with disabilities, destitute, mentally ill, and other disability, a certificate of residence from head of such institution.

2. Two recent passport size photographs

(For office use only)

Date:

Place:

Signature of issuing authority  
Stamp

**Annexure B**

**Form-V**

**Certificate of Disability**

**(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)**

**[See rule 18(1)]**

**(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)**

<p><b>Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability)</b></p>
---

**Certificate No.**

**Date:**

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. \_\_\_\_\_  
son/wife/daughter of Shri \_\_\_\_\_ Date of Birth (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ years,  
male/female \_\_\_\_\_ registration No. \_\_\_\_\_ permanent resident of House No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ward/Village/Street \_\_\_\_\_ Post Office \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ State -  
\_\_\_\_\_, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- dwarfism
- blindness

(Please tick as applicable)

(B) the diagnosis in his/her case is \_\_\_\_\_

(A) he/she has \_\_\_\_\_ % (in figure) \_\_\_\_\_ percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her \_\_\_\_\_ (part of body) as per guidelines ( ..... number and date of issue of the 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

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

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

Annexure C

Form - VI

Certificate of Disability

(In cases of multiple disabilities)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability

Certificate No.

Date:

This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum. \_\_\_\_\_ son/wife/daughter of Shri \_\_\_\_\_ Date of Birth (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ years, male/female \_\_\_\_\_.

Registration No. \_\_\_\_\_ permanent resident of House No. \_\_\_\_\_ Ward/Village/Street \_\_\_\_\_ Post Office \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) He/she is a case of **Multiple Disability**. His/her extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (..... number and date of issue of the guidelines to be specified) for the disabilities ticked below, and is shown against the relevant disability in the table below:

Sl. No	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent impairment/mental disability (in %)
1.	Locomotor disability	@		
2.	Muscular Dystrophy			

3.	Leprosy cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid attack Victim			
7.	Low vision	#		
8.	Blindness	#		
9.	Deaf	£		
10.	Hard of Hearing	£		
11.	Speech and Language disability			
12.	Intellectual Disability			
13.	Specific Learning Disability			
14.	Autism Spectrum Disorder			
15.	Mental-illness			
16.	Chronic Neurological Conditions			
17.	Multiple sclerosis			
18.	Parkinson's disease			
19.	Haemophilia			
20.	Thalassemia			
21.	Sickle Cell disease			

(B) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified), is as follows : -

In figures : - ----- percent

In words :- ----- percent

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

3. Reassessment of disability is :

(iii) not necessary,

Or

(iv) is recommended/after ..... years ..... months, and therefore this certificate shall be valid till  
.....

(DD) (MM) (YY)

@ e.g. Left/right/both arms/legs

# e.g. Single eye

£ e.g. Left/Right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

## 5. Signature and seal of the Medical Authority.

Name and Seal of Member	Name and Seal of Member	Name and Seal of the Chairperson

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

**Annexure D****Form – VII****Certificate of Disability****(In cases other than those mentioned in Forms V and VI)****(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)****(See rule 18(1))**

Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability

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

Date: \_\_\_\_\_

This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt/Kum \_\_\_\_\_ son/wife/daughter of Shri \_\_\_\_\_ Date of Birth (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ years, male/female \_\_\_\_\_ Registration No. \_\_\_\_\_ permanent resident of House No. \_\_\_\_\_ Ward/Village/Street \_\_\_\_\_

Post Office \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_, whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of \_\_\_\_\_ disability. His/her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (..... number and date of issue of the guidelines to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

S. No	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent impairment/mental disability (in %)	physical disability
1.	Locomotor disability	@			
2.	Muscular Dystrophy				
3.	Leprosy cured				
4.	Cerebral Palsy				
5.	Acid attack Victim				
6.	Low vision	#			
7.	Deaf	£			
8.	Hard of Hearing	£			
9.	Speech and Language disability				
10.	Intellectual Disability				

11.	Specific Learning Disability			
12.	Autism Spectrum Disorder			
13.	Mental-illness			
14.	Chronic Neurological Conditions			
15.	Multiple sclerosis			
16.	Parkinson's disease			
17.	Haemophilia			
18.	Thalassemia			
19.	Sickle Cell disease			

(Please strike out the disabilities which are not applicable)

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

3. Reassessment of disability is:

(i) not necessary, or

(ii) is recommended/after \_\_\_\_\_ years \_\_\_\_\_ months, and therefore this certificate shall be valid till (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_

@ - eg. Left/Right/both arms/legs

# - eg. Single eye/both eyes

€ - eg. Left/Right/both ears

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

(Authorised Signatory of notified Medical Authority)

(Name and Seal)

Countersigned

{Countersignature and seal of the

Chief Medical Officer/Medical Superintendent/

Head of Government Hospital, in case the

Certificate is issued by a medical authority who is

not a government servant (with seal)}

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

**Note:** In case this certificate is issued by a medical authority who is not a Government servant, it shall be valid only if countersigned by the Chief Medical Officer of the District

## Annexure E

## FORM - VIII

## [Intimation of rejection of Application for Certificate of Disability]

[See rule 18(4)]

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

Dated :

To,

(Name and address of applicant  
for Certificate of Disability)Sub: Rejection of Application for Certificate of Disability

Sir/ Madam,

Please refer to your application dated \_\_\_\_\_ for issue of a Certificate of Disability for the following disability:

2. Pursuant to the above application, you have been examined by the undersigned/ Medical Authority on \_\_\_\_\_, and I regret to inform that, for the reasons mentioned below, it is not possible to issue a certificate of disability in your favour:

(i)

(ii)

(iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to \_\_\_\_\_, requesting for review of this decision.

Yours faithfully,

(Authorised Signatory of the notified Medical Authority)

(Name and Seal)

## Annexure A2

## FORM- IV

## Application for Obtaining Certificate of Disability/UDID Card by Applicant

[See rule 17(1)]

## 1. Personal Details:

- a) Applicant's Full Name : \_\_\_\_\_
- b) Gender (Male/Female/Transgender): \_\_\_\_\_
- c) Date of Birth : DD/MM/YYYY
- d) Mobile number (10 digits only): \_\_\_\_\_
- e) Email id (Optional) : \_\_\_\_\_
- f) Name of Applicant's Father/Mother/Guardian: \_\_\_\_\_
- g) Contact Number of Father/Mother/Guardian \_\_\_\_\_
- h) In case of Guardian, relation of Guardian with Applicant: \_\_\_\_\_

Recent passport  
size photograph  
(Showing face  
only) of the  
person with  
disability

## 2. Proof of Identity:

a) Aadhaar no. of the applicant : \_\_\_\_\_

b) I agree to share Aadhaar information with Govt. Department:

(Please see **Note** at the end of this Form in case Aadhaar Card is not available.)

### 3. Proof of Address:

(a) Address : \_\_\_\_\_

(b) State/UT: \_\_\_\_\_

(c) District: \_\_\_\_\_

(d) Sub District: \_\_\_\_\_

(e) Village / Town (Optional): \_\_\_\_\_

(f) Pin Code: \_\_\_\_\_

(g) Nature of Document for Address Proof (Please tick as applicable):

- i. Aadhaar Card
- ii. Indian Passport
- iii. Ration/PDS Photograph Card/E-Ration Card
- iv. Voter Identity Card/E-Voter Identity Card
- v. Disability Certificate issued under RPwD Rules, 2017
- vi. Photograph Identity Card / Certificate with Photograph issued by Central Govt./State Govt. like Bhamashah, Domicile Certificate, Resident Certificate, Jan-Aadhaar, MGNREGA/ NREGS Job Card, Labour Card etc.
- vii. ST/SC/OBC Certificate issued by Central/State Govt.
- viii. Transgender Identity Card/Certificate issued under Transgender Persons Act, 2019
- ix. Certificate issued by MP/MLA/MLC/Municipal Councillor
- x. Certificate issued by Gazetted Officer of Central/State Government etc.
- xi. Certificate issued by Superintendent/Warden/Matron/Head of Institution of recognized shelter/Home or orphanages (for children of concerned shelter home or orphanage only)
- xii. Certificate issued by Village Panchayat Head/President/Mukhiya/Gaon Bura/Panchayat Secretary etc.
- xiii. Electricity bill (but not older than 3 months)
- xiv. Water bill (but not older than 3 months)
- xv. Telephone Landline bill/Postpaid mobile bill/Broad band bill (but not older than 3 months)
- xvi. Valid Registered Sale Agreement/Registered Gift Deed in Registrar Office/Registered or non registered rent
- xvii. Lease agreement/Leave and License agreement
- xviii. Gas Connection bill (but not older than 3 months)
- xix. Allotment letter of accommodation issued by Central Govt./State Govt./PSU/Regulatory Bodies/Statutory bodies (Not older than 1 year)
- xx. Life/Medical Insurance Policy (Valid upto 1 year from the date of issue of the policy)

### 4. Disability Details:

(a) Disability Type (Please tick as applicable):

- i. Acid Attack Victim
- ii. Autism Spectrum Disorder



- iii. Blindness
- iv. Cerebral Palsy
- v. Chronic Neurological Conditions
- vi. Dwarfism
- vii. Hearing Impairment
- viii. Hemophilia
- ix. Intellectual Disability
- x. Leprosy cured
- xi. Locomotor Disability
- xii. Low Vision
- xiii. Mental Illness
- xiv. Multiple Sclerosis
- xv. Muscular Dystrophy
- xvi. Parkinson's Disease
- xvii. Sickle Cell Disease
- xviii. Specific Learning Disabilities
- xix. Speech and Language Disability
- xx. Thalassemia
- xxi. Multiple Disabilities \*

(\*Note: In Case of Multiple Disabilities, Please choose 2 or more out of the 20 disabilities listed above)

(b) Disability due to:

- i. Accident
- ii. Congenital
- iii. Diseases
- iv. Hereditary
- v. Infection
- vi. Medicine
- vii. Any other

(c) Period since when disabled: From Birth/since year \_\_\_\_\_

(d) Do you have the old (manual) disability certificate (Yes/No): \_\_\_\_\_

If yes, scanned copy of disability certificate to be uploaded with below details

- i) Certificate Number
- ii) Date of Issue
- iii) Details of Issuing Medical Authority

**5. Mention the hospital for assessment/issue of UDID card /disability certificate:**

Is your treating Hospital in other State/District (Yes/No): \_\_\_\_\_

If yes,

- a. Hospital Treating State / UTs: \_\_\_\_\_
- b. Hospital Treating District: \_\_\_\_\_
- c. Hospital Name

If No, choose Hospital from your domicile district

Hospital Name : \_\_\_\_\_

**Declaration:** I hereby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief, and no material information has been concealed or misstated. I further state that if any inaccuracy is detected in the application, I shall be liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.

\_\_\_\_\_  
(Signature or left thumb impression  
of person with disability, or of his/her  
legal guardian in case of persons with  
intellectual disability, autism, cerebral palsy  
and multiple disabilities, etc)

Date:

Place:

**Enclosures:**

1. Proof of Identity- Aadhaar Card (Please see **Note** at the end of this Form in case Aadhaar Card is not available.)
2. Proof of Address (As indicated in Para 3(g) above) if it is other than Aadhaar.

**Note (In Reference to Para 2: Proof of Identity):**

If Applicant has Enrolled for Aadhaar but has not got Aadhaar Number till now, mention your Aadhaar Enrollment Number \_\_\_\_\_ and Attach/Upload the Aadhaar Enrollment Slip along with any one of the following documents, namely:-

- I. Bank or Post Office Passbook with Photo; or
- II. Permanent Account Number (PAN) Card; or
- III. Passport; or
- IV. Ration Card; or
- V. Voter Identity Card; or
- VI. Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act Card; or
- VII. Kisan Photo Passbook; or
- VIII. Driving License Issued by the Licensing Authority under Motor Vehicle Act, 1988 (59 of 1988); or
- IX. Certificate of Identity having Photo of such Person Issued by a Gazetted Officer or a Tehsildar on an Official Letter Head; or
- X. Any other Document as Specified by the Department;

**Annexure B2**

Logo of Govt. of India	Logo of DEPwD, GoI	Logo of Respective State/UT
---------------------------	-----------------------	--------------------------------

**Department of Empowerment of Persons with Disabilities,  
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India**

**Form-V**

**Disability Certificate**

(In case of Single Disability)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate)

Recent passport size photograph (Showing face only) of the person with disability
---

Certificate/UDID No.

Date of Issue :

This is to certify that I/we have carefully examined <Name of the applicant>, Son/Daughter/Care of < name of father/mother/guardian> , Date of Birth (DD/MM/YYYY), Gender < Male/Female/Transgender> , Registration No. <UDID Enrolment No.> Resident of < address of PwD> whose photograph is affixed above, and I am /we are satisfied that:

(A) He/She is a case of (Any one of the following disabilities):

- i. Locomotor Disability
- ii. Muscular Dystrophy
- iii. Leprosy Cured
- iv. Dwarfism
- v. Cerebral Palsy
- vi. Acid Attack Victim
- vii. Low Vision
- viii. Blindness
- ix. Hearing Impairment
- x. Speech and Language Disability
- xi. Intellectual Disability
- xii. Specific Learning Disabilities
- xiii. Autism Spectrum Disorder
- xiv. Mental Illness
- xv. Chronic Neurological Conditions
- xvi. Multiple Sclerosis
- xvii. Parkinson's Diseases
- xviii. Haemophilia
- xix. Thalassemia
- xx. Sickle Cell Disease

(B) Name of affected body part:

(C) The diagnosis in his/her case is \_\_\_\_\_

(D) He/She has \_\_\_\_\_% (in figure) \_\_\_\_\_ percent (in words) disability and the nature of certificate is {Permanent / temporary and valid till (DD/MM/YYYY) } as per the guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under RPwD Act, 2016 notified by Government of India vide <Notification No> dated (DD/MM/YYY).

Signature / Thumb impression of the Person with Disability:

Signature of notified Medical Authority Member(s):

Signature:

Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

## Annexure C2

<b>Logo of Govt. of India</b>	<b>Logo of DEPwD, GoI</b>	<b>Logo of Respective State/UT</b>
-----------------------------------	-------------------------------	--

**Department of Empowerment of Persons with Disabilities,  
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India**

**Form-VI**

**Disability Certificate**

(In case of Multiple Disabilities)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size photograph (Showing face only) of the person with disability
--

Certificate/UDID No.

Date of Issue:

This is to certify that we have carefully examined <Name of the applicant>, Son/Daughter/Care of <write name of father/mother/guardian> , Date of Birth (DD/MM/YYYY) , Gender< Male/Female/Transgender > , Registration No. <UDID Enrolment No.> Resident of < address of PwD> whose photograph is affixed above, and we are satisfied that:

(A) He/She is a case of **Multiple Disabilities**. His/her extent of physical impairments/ disabilities have been evaluated as per the guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under RPwD Act, 2016 notified by Government of India vide <Notification No> dated (DD/MM/YYYY) for the disabilities below:

S. No.	Disability	Name of Affected Body Part	Diagnosis	Disability Percentage
1.	Locomotor Disability			
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy Cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid Attack Victim			
7.	Low Vision			
8.	Blindness			
9.	Hearing Impairment			
10.	Speech and Language Disability			
11.	Intellectual Disability			
12.	Specific Learning Disabilities			
13.	Autism Spectrum Disorder			

14.	Mental Illness			
15.	Chronic Neurological Conditions			
16.	Multiple Sclerosis			
17.	Parkinson's Diseases			
18.	Haemophilia			
19.	Thalassemia			
20.	Sickle Cell Disease			

(Note: Only the disabilities diagnosed will be listed)

(B) He/She has \_\_\_\_\_% (in figure) \_\_\_\_\_percent (in words) overall disability and the nature of certificate is { permanent/ temporary and valid till (DD/MM/YYYY) }

Signature / Thumb impression of the Person with Disability:

Signature of notified Medical Authority Members:

Signature:

Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

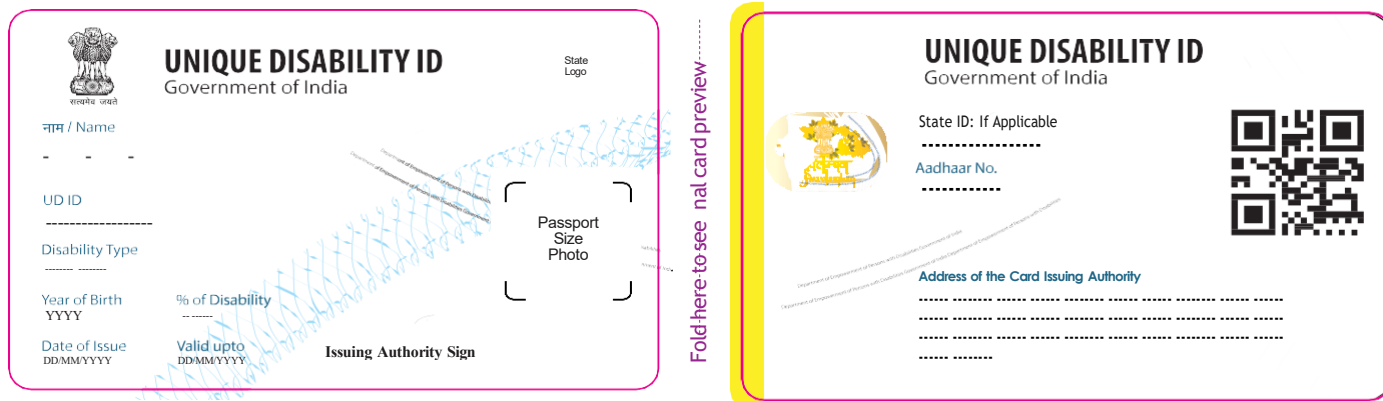
**Annexure D2**

**Form-VII**

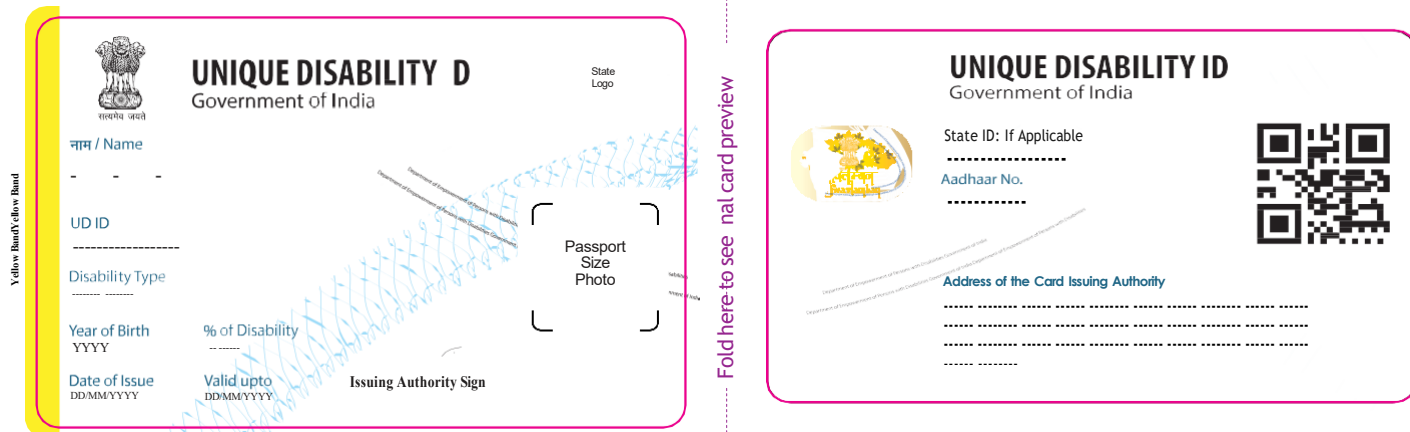
**UDID Card**

[See rule 18(1)]

**A. White Card:** When the disability percentage of a PwD is below 40%



**B. Yellow Card:** When the disability percentage of a PwD is 40% and above but below 80%



**C. Blue Card:** When the disability percentage of a PwD is 80% and above

**UNIQUE DISABILITY ID**  
Government of India

State Logo

नाम / Name  
-----

UD ID  
-----

Disability Type  
-----

Year of Birth  
YYYY

Date of Issue  
DD/MM/YYYY

% of Disability  
-----

Valid upto  
DD/MM/YYYY

प्राधिकरण संकेत जारी करना

पासपोर्ट साइज फोटो

State ID: If

Aadhaar No.  
-----

Address of the Card Issuing Authority  
-----  
-----  
-----

Fold here to see national card preview

**Annexure E2**

Logo of Govt. of India	Logo of DEPwD, GoI	Logo of Respective State/UT
---------------------------	-----------------------	--------------------------------

**Department of Empowerment of Persons with Disabilities,  
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India**

**Form-VIII****Rejection Certificate**

(In case of Rejection of Application for Certificate of Disability)

[See rule 18(5)]

(Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate)

Recent passport  
size photograph  
(Showing face  
only) of the  
person with  
disability

Date of Rejection:

To,

(Name and Address of the Applicant for Certificate of Disability)

**Subject: Rejection of Application for Certificate of Disability/UDID Card**

Sir/Madam,

Please refer to your UDID Application/Registration No. <UDID Enrolment No.> dated <DD/MM/YYYY.> for issuance of a Certificate of Disability/UDID Card for the following disability:

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

2. Pursuant to your application, you have been examined dated <DD/MM/YYYY> by the undersigned/Medical Authority and I regret to inform that it is not possible to issue a Certificate of Disability/UDID Card in your favour for the reason(s) mentioned below:

(i)

(ii)

(iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to the Appellate Authority within 90 days requesting for review of this decision.

Signature:

Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate