શારીરિક ખોડખાંપણ ધરાવતા ઉમેદવારો માટે સીધી ભરતીમાં રાખવામાં આવતી અનામત જગ્યાઓ તેમજ ઉપલી વયમર્યાદામાં આપવામાં આવતી છૂટછાટ માટે આપવામાં આવતા વિકલાંગતા(disability)અંગેના પ્રમાણપત્રનો નમૂનો નિયત કરવા બાબત.

ગુજરાત સરકાર,
સામાન્ય વહીવટ વિભાગ,
પરિપત્ર ક્રમાંકઃ-પરચ/૧૦૨૦૦૮/૪૬૯૫૪૦/ગ.ર,
સચિવાલય, ગાંધીનગર.
તારીખઃ-૧ /૧૨/૨૦૦૮.

પરિપત્રઃ-

કેન્દ્ર સરકારના વિકલાંગ(સમાન તક,અધિકારોનું રક્ષણ અને પુર્ણ ભાગીદારી)ધારા-૧૯૯૫ ની જોગવાઈ ધ્યાને લઈને સામાન્ય વહીવટ વિભાગના તા.૧૯/૨/૨૦૦૦ ના જાહેરનામાથી વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટે નોકરીમાં ૩(ત્રણ) ટકા જગ્યાઓ અનામત રાખવાની જોગવાઈ કરવામાં આવેલ છે. તદ્ઉપરાંત સામાન્ય વહીવટ વિભાગના તા.૫/૧/૬૫ ના ઠરાવ અને વખતોવખતના સુધારાઓની જોગવાઈઓ મુજબ વિકલાંગ વ્યક્તિઓને સીધી ભરતીથી નિમણૂંક માટે ઉપલી વયમર્યાદામાં છૂટછાટ આપવામાં આવેલ છે. આ જોગવાઈઓ મુજબ સરકારી સેવાઓ અને જગ્યાઓના ભરતી નિયમો મુજબ નિમણૂંક માટે પાત્રતા ધરાવતા ઉમેદવારો તરફથી વિકલાંગતા(disability)અંગે રજુ કરવામાં આવતા તબીબી પ્રમાણપત્રોની ચકાસણીમાં ગુજરાત જાહેર સેવા આયોગ તેમજ અન્ય ભરતી એજન્સીઓને સરળતા રહે તેમજ એકસૂત્રતા જળવાય તે હેતુથી વિકલાંગતા અંગેના પ્રમાણપત્રનો નમુનો નિયત કરવાની બાબત સરકારશ્રીની વિચારણા હેઠળ હતી. તદ્અનુસાર પ્રસ્તુત બાબતે ભારત સરકાર ધ્વારા નિયત કરવામાં આવેલ વિકલાંગતા અંગેના પ્રમાણપત્રની વિગતો ધ્યાને લઈને આ સાથે સામેલ પરિશિષ્ટ-'અ' મુજબનો વિકલાંગતા અંગેના પ્રમાણપત્રનો નમુનો નિયત કરવામાં આવે છે.

૨. ઉપરોક્ત હેતુ માટે હવેથી વિકલાંગ વ્યક્તિ માટે રાજ્યની જિલ્લા સરકારી હોસ્પીટલોના અધિકક્ષશ્રીઓ / સિવિલ સર્જનોએ આ સાથે સામેલ કરેલ નમૂના મુજબ વિકલાંગતા અંગેના પ્રમાણપત્રો આપવાના રહેશે, ગુજરાત જાહેર સેવા આયોગ તેમજ અન્ય ભરતી એજન્સીઓ ધ્વારા સીધી ભરતીથી નિમણૂંક માટે ઉમેદવારો પાસેથી અરજીપત્રકો મંગાવવા માટે આપવામાં આવતી જાહેરાતોના સંદર્ભમાં વિકલાંગ ઉમેદવારો તરફથી કરવામાં આવતી અરજીઓ સાથે ઉમેદવારોએ આ સાથે સામેલ પરિશિષ્ટ-'અ' મુજબનું વિકલાંગતા અંગેનું પ્રમાણપત્ર(Disability Certificate) રજુ કરવાનું રહેશે.

P.T.O.

૩. આ સૂચનાઓ રાજ્યની સર્વે જિલ્લા સરકારી હોસ્પીટલોના અધિક્ષકશ્રીઓ / સિવિલ સર્જનો તેમજ રાજ્યની તમામ ભરતી એજન્સીઓ તેમજ રાજ્યના તમામ જાહેર ઉપક્રમો / નિગમોની ભરતી એજન્સીઓના ધ્યાને લાવવા તેમજ તેના અમલ માટે જરૂરી સૂચનાઓ આપવા સચિવાલયના સંબંધિત વિભાગોને આથી આગ્રહપૂર્વક જણાવવામાં આવે છે.

ગુજરાતના રાજ્યપાલશ્રીના હુકમથી અને તેમના નામે,

(આઈ.એન.સોલંકી),
નાયબ સચિવ,
સામાન્ય વહીવટ વિભાગ,
ગુજરાત સરકાર.

બિડાણઃ- પરિશિષ્ટ-'અ'

પ્રતિ,

રાજ્યપાલશ્રીના સચિવશ્રી, ગાંધીનગર.
મુખ્યમંત્રીશ્રીના અંગત સચિવશ્રી, ગાંધીનગર.
વિરોધપક્ષના નેતાશ્રીના અંગત સચિવશ્રી.
તમામ મંત્રીશ્રીઓના અંગત સચિવશ્રી.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત જાહેર સેવા આયોગ, અમદાવાદ.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત વિધાનસભા સચિવાલય, ગાંધીનગર.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત તકેદારી આયોગ, ગાંધીનગર.
× રજિસ્ટ્રારશ્રી, ગુજરાત હાઈકોર્ટ, અમદાવાદ.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત મુલ્કી સેવા ટ્રીબ્યુનલ, ગાંધીનગર.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત ગૌણ સેવા પસંદગી મંડળ, ગાંધીનગર.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત પંચાયત સેવા પસંદગી મંડળ, અમદાવાદ.
× સચિવશ્રી, ગુજરાત રાજ્ય માહિતી આયોગ, ગાંધીનગર.
સચિવાલયના સર્વે વિભાગો(પાંચ નકલો).
સર્વે જિલ્લા સરકારી હોસ્પીટલોના અધિક્ષકશ્રી,સિવિલ સર્જનશ્રી,
સામાન્ય વહીવટ વિભાગની તમામ શાખાઓ/અધિકારીશ્રીઓ,
સીલેક્ટ ફાઈલ-ગ.૨ શાખા, સામાન્ય વહીવટ વિભાગ.
× પત્ર દ્વારા.

સા.વ.વિ.નાં તા.૨-૧૨-૨૦૦૮ના પરિપત્ર ક્રમાંક:- પરચ-૧૦૨૦૦૮-૪૬૯૫૭૦-ગ.૨ સાથેનું બિડાણ

પરિશિષ્ટ 'બ'

NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE / HOSPITAL

Certificate No.____________________ Date :___________

DISABILITY CERTIFICATE

This is to certify that Shri / Smt. / Kum. ____________________ Son/wife/daughter of Shri ____________________ Age : ________ Sex ________ identification mark (s) is suffering from permanent disability of following category :-

Affix here recent attested photograph showing the disability duly attested by the Suprintendent/Civil Surgeon, Govt.Hospital

A. Locomotor or cerebral palsy :

- (i) BL - Both legs affected but not arms
- (ii) BA - Both arms affected
  - (a) Impaired reach
  - (b) Weakness of grip
- (iii) BLA - Both legs and both arms affected
- (iv) OL - One leg affected (right or left)
  - (a) Impaired reach
  - (b) Weakness of grip
  - (c) Ataxic
- (v) OA - One arm affected
  - (a) Impaired reach
  - (b) Weakness of grip
  - (c) Ataxic
- (vi) BH - Stiff back and hips (cannnot sit or stoop)
- (vii) MW - Muscular weakness and limited physical endurance.

B. Blindness or Low Vision
- (i) B - Blind
- (ii) PB - Partially Blind

C. Hearing Impairment.
- (i) D - Deaf
- (ii) PD - Partially Deaf

(DELETE THE CATEGORY WHICHEVER IS NOT APPLICABLE)

2. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve. Reassessment of this case is not recommended / is recommended after a period of ______ years _____ months. (Strik out which is not applicable).

3. Percentage of disability in his/her case is ____________ Percent.

4. Shri / Smt. / Kum. ____________ meets the following physical requirements for discharge of his / her duties :-

(i)	F-can perform work by manipulating with fingures	Yes/No
(ii)	PP-can perform work by pulling and pushing	Yes/No
(iii)	L-can perform work by lifting	Yes/No
(iv)	KC-can perform work by kneeling and cratching	Yes/No
(v)	B-can perform work by bending	Yes/No
(vi)	S-can perform work by sitting (on bench or chair)	Yes/No
(vii)	ST-can perform work by standing	Yes/No
(viii)	W-can perform work by walking	Yes/No
(ix)	SE-can perform work by seeing	Yes/No
(x)	H-can perform work by hearing/speaking	Yes/No
(xi)	RW-can perform work by reading and writing	Yes/No

Suprintendent / Civil Surgeon
Govt.Hospital (With Seal)