**दिव्यांग व्यक्तियों के लिए दिशा-निर्देश, जिसमें प्रलिपिक का उपयोग करना शामिल है**

जो दृष्टिहीन अभ्यर्थी हैं और जिनके लेखन की गति किसी भी कारण से स्थायी रूप से प्रभावित होती है, वे ऑनलाइन और ऑफलाइन परीक्षा के दौरान सीएसआईआर की पूर्व स्वीकृति उपरांत अपनी स्वंय की प्रलिपिक की सहायत अपने खर्च पर ले सकते हैं। सभी उन मामलों में जहां प्रलिपिक की अनुमति दी गई है, निम्नलिखित नियम लागू होंगे:

(क) यदि कोई व्यक्ति बेंचमार्क दिव्यांगता के तहत दृष्टिहीनता, गति विषयक दिव्यांगता (दोनों हाथ प्रभावित - एसए) और प्रमस्तिष्कीय पक्षाघात श्रेणी में से हैं, तो उसे अपनी इच्छानुसार प्रलिपिक की सुविधा लेने की अनुमति है (अनुलग्नक-VII)।

(ख) बेंचमार्क दिव्यांगताओं वाले व्यक्तियों की शेष श्रेणियों के मामले में, परीक्षा के समय यह प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर प्रलिपिक रखने की सुविधा दी जाएगी कि संबंधित व्यक्ति के पास लिखने में शारीरिक सीमा है और उसके/उसकी ओर से परीक्षा लिखना आवश्यक है। यह प्रमाण पत्र एक सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन/चिकित्सा अधीक्षक द्वारा अनुलग्नक -VII और अनुलग्नक -VIII के अनुसार होना चाहिए।

(ग) 40% से कम विकलांगता वाले एवं दिव्यांग व्यक्तियों के सशक्तिकरण विभाग, सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय द्वारा दिनांक 10.08.2022 को जारी किए गए कार्यालय ज्ञापन संख्या 29-6/2019-DD-111 के अनुरूप लिखने में कठिनाई होने वाले PwBD उम्मीदवारों को भी प्रलिपिक की सुविधा दिए जाने की अनुमति है। यह सुविधा अनुलग्नक -VII और अनुलग्नक -VIII के अनुरूप प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर दी जाएगी।

(घ) PwBD अभ्यर्थी को प्रलिपिक / पाठक की सुविधा केवल तभी दी जाएगी जब उसने ऑनलाइन आवेदन पत्र में इसके लिए विकल्प चुना हो। अभ्यर्थी द्वारा व्यवस्था किया गया प्रलिपिक उसी परीक्षा के लिए अभ्यर्थी नहीं होना चाहिए। यदि प्रक्रिया के किसी भी चरण में उपरोक्त का उल्लंघन पाया जाता है, तो दोनों अभ्यर्थी और प्रलिपिक की अभ्यर्थिता रद्द कर दी जाएगी। परीक्षा में प्रलिपिक की सेवाओं का उपयोग करने के लिए पात्र और इच्छुक उम्मीदवारों को ऑनलाइन आवेदन पत्र में इसे सावधानीपूर्वक वर्णित करना चाहिए। उसके बाद अनुरोध को स्वीकार नहीं किया जाएगा।

(ड़) अभ्यर्थी को अपने स्वयं के खर्च पर अपने लिए एक प्रलिपिक की व्यवस्था करनी होगी। प्रलिपिक की योग्यता, अभ्यर्थी जो परीक्षा दे रहा है उसकी योग्यता से एक स्तर नीचे होनी चाहिए ।

(च) एक व्यक्ति जो एक अभ्यर्थी के लिए प्रलिपिक के रूप में कार्य कर रहा है, वह दूसरे अभ्यर्थी के लिए प्रलिपिक नहीं हो सकता।

(छ) लिपिक किसी भी अकादमिक श्रेणी का हो सकता है।

(ज) बेंचमार्क दिव्यांगताओं (PwBD) वाले उम्मीदवारों को जिसे स्वंय के लिए प्रलिपिक की अनुमति हैं, अनुलग्नक-VII, अनुलग्नक -VIII, अनुलग्नक -IX और अनुलग्नक -X में निर्दिष्ट है, और उपरोक्त पैरा 12 (b) एवं 12 (c) में जैसा वर्णित किया गया के अनुसार परीक्षा से पहले ऑनलाइन पोर्टल पर अपने प्रलिपिक का विवरण अपलोड करना होगा और परीक्षा के समय मूल दस्तावेज जमा करना होगा। । इसके अलावा, प्रलिपिक को परीक्षा के दिन मूल वैध पहचान पत्र (पैरा 10 (c) में दिया गया सूची के अनुसार) जमा करना होगा। अभ्यर्थी एवं प्रलिपिक द्वारा प्रलिपिक की पहचान पत्र की एक हस्ताक्षरित फोटोकॉपी के साथ उपरोक्त निर्दिष्ट संबंधित अनुलग्नक जमा करना होगा यदि बाद में यह पाया जाता है कि प्रलिपिक की योग्यता अभ्यर्थी द्वारा घोषणा के अनुसार नही है, तो अभ्यर्थी अपने पद के लिए अधिकार और उससे संबंधित सभी दावों को खो देगा।

(झ) अभ्यर्थी और प्रलिपिक दोनों को एक वचन पत्र प्रस्तुत करना होगा, जिसमें यह पुष्टि की गई होगी कि प्रलिपिक उपर्युक्त सभी निर्धारित पात्रता मानदंडों को पूरा करता है। इसके अलावा, यदि बाद में यह प्रतीत होता है कि उसने किसी निर्धारित पात्रता मानदंड को पूरा नहीं किया या महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाया, तो आवेदक की पात्रता समाप्त हो जाएगी, चाहे ऑनलाइन परीक्षा के परिणाम जो भी हों।

(ट) परीक्षा के दौरान, किसी भी चरण में, यदि यह पाया जाता है कि प्रलिपिक स्वतंत्र रूप से प्रश्नों का उत्तर दे रहा है, तो परीक्षा सत्र को समाप्त कर दिया जाएगा और अभ्यर्थी की अभ्यर्थिता रद्द कर दी जाएगी। यदि परीक्षा के बाद परीक्षण प्रशासक कर्मियों द्वारा यह रिपोर्ट की जाती है कि प्रलिपिक स्वतंत्र रूप से प्रश्नों का उत्तर दे रहा था, तो ऐसे प्रलिपिक की सेवाएं ले रहे उम्मीदवारों की अभ्यर्थिता भी रद्द कर दी जाएगी।

(ठ) जो अभ्यर्थी एक प्रलिपिक का उपयोग करते हैं, उन्हें परीक्षा के प्रत्येक घंटे के लिए 20 मिनट का पूरक समय या अन्यथा सलाह के अनुसार दिए जाएंगे।

(ड) केवल वे अभ्यर्थी जिन्हें पूरक समय के लिए पंजीकृत किया गया है, उन्हें ऐसी सुविधा की अनुमति दी जाएगी क्योंकि उम्मीदवारों को दिया जाने वाला पूरक समय सिस्टम आधारित होगा। यदि वह पंजीकृत नहीं है, तो सीएसआईआर के लिए अतिरिक्त समय देने की अनुमति देना संभव नहीं होगा। पूरक समय के लिए पंजीकृत नहीं होने वाले उम्मीदवारों को ऐसी सुविधा की अनुमति नहीं दी जाएगी।

(ढ़) एक आंख वाले अभ्यर्थी और आंशिक रूप से अंधे अभ्यर्थी जो सामान्य प्रश्नपत्र को आवर्धित लेंस के साथ या बिना पढ़ने में सक्षम हैं और जो उत्तर लिखने/संकेत करने के लिए आवर्धित लेंस का उपयोग करना चाहते हैं, उन्हें परीक्षा हॉल में इसका उपयोग करने की अनुमति होगी और उन्हें एक प्रलिपिक रखने का अधिकार नहीं होगा। ऐसे उम्मीदवारों को परीक्षा हॉल में अपना खुद का आवर्धित लेंस लाना होगा।

(ण) दृष्टिहीन अभ्यर्थी (जो 40% से कम दिव्यांगता से पीड़ित नहीं हैं) परीक्षा की सामग्री को बड़े फ़ॉन्ट में देखने का विकल्प चुन सकते हैं और ऐसे सभी उम्मीदवारों को हर घंटे के लिए 20 मिनट का अतिरिक्त समय मिलेगा।

**अनुलग्नक – II**

**स्वयं के प्रलिपिक का उपयोग करने हेतु वचन-पत्र**

मैं .................................................................... (दिव्यांगता का स्वरूप) ..................................................... दिव्यांगता से पीड़ीत व्यक्ति हूं, जिसका .................................................. (जिले का नाम) ................................... (राज्य/ संघ राज्यक्षेत्र का नाम) ........................................................... में स्थित ................................................... (केंन्द्र का नाम) में अनुक्रमांक ........................................................ है। मेरी शैक्षिक योग्यता ................................................ है।

मैं सूचित करता /करती हूं कि ............................................................................... (प्रलिपिक का नाम) अधोहस्ताक्षरित को पूर्वोक्त परीक्षा में प्रलिपिक/रीडर/प्रयोगशाला सहायक की सेवा प्रदान करेंगे/ करेंगी।

मैं प्रमाणित करता /करती हूं कि उनकी शैक्षिक योग्यता ................................................... है। यदि बाद में यह पता चलता है कि उनकी शैक्षिक योग्यता मेरे द्वारा घोषित योग्यता के अनुसार नहीं है और मेरी शैक्षिक योग्यता से अधिक है, तो मुझे इस पद और इससे संबंधित दावे का अधिकार नहीं होगा।

(दिव्यांग अभ्यर्थी के हस्ताक्षर)

स्थान:

तारीख:

**अनुलग्नक – VIII**

**परीक्षार्थी की लिखने संबंधी शारीरिक सीमाओं के संबंध में प्रमाण-पत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/सूश्री/श्रीमती ......................................................................... (दिव्यांग अभ्यर्थी का नाम), सुपुत्र/सुपुत्री ............................................................................, ग्राम/जिला/राज्य ................................................. के निवासी हैं, जोकि .......................................................... (दिव्यांगता प्रमाणपत्र में यथा-उल्लिखित दिव्यांगता का स्वरूप और उसकी प्रतिशतता) से पीड़ित हैं, की जांच की है और उल्लेख करता हूं कि दिव्यांगता के कारण उनकी शारीरिक सीमाएं उनकी लेखन क्षमताओं को प्रभावित करती हैं।

**हस्ताक्षर**

**सरकारी स्वास्थ्य सेवा संस्थान के मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ सिविल सर्जन/चिकित्सा अधीक्षक**

**नाम व पदनाम**

**सरकारी अस्पताल/ स्वास्थ्य सेवा संस्थान का नाम एवं मुहर**

**स्थान:**

**तारीख:**

**टिप्पणी:** संबंधित विषय/ दिव्यांगता (अर्थात दृष्टि दिव्यांगता – नेत्र विशेषज्ञ, गति विषयक दिव्यांगता – अस्थि रोग विशेषज्ञ/पीएमआर) के विशेषज्ञ द्वारा ही प्रमाण-पत्र दिया जाना चाहिए।

**अनुलग्नक – IX**

**दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 2 (एस) की परिभाषा के तहत आने वाली विनिर्दिष्ट दिव्यांगता से संबंधित व्यक्ति, परन्तु जो उक्त अधिनियम की धारा 2 (आर) की परिभाषा के अंतर्गत नहीं आते हैं, अर्थात 40 % से कम दिव्यांगता और जिसे लिखने में कठिनाई हो, के लिए प्रमाणपत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि, हमने श्री/सूश्री/श्रीमती ............................................................ (अभ्यर्थी का नाम), सुपुत्र/ सुपुत्री ............................................................................., निवासी ............................................................. (ग्राम/डाकघर/थाना/जिला/राज्य), आयु ..................... वर्ष, ........................... (दिव्यांगता/ स्थिति की प्रकृति) से पीड़ित व्यक्ति की जांच की है, और उल्लेख करते हैं कि उनकी उपर्युक्त स्थिति के कारण उनकी लेखन संबंधी सीमाएं हैं जिससे उनकी लेखन क्षमता बाधित होती है। उन्हें परीक्षा लिखने के लिए प्रलिपिक की सहायता की आवश्यकता है।

2. उपर्युक्त अभ्यर्थी प्रोस्थेटिक्स और ओर्थोटिक्स, हियरिंग एड (नाम निर्दिष्ट करें) जैसी सहायिकाओं और सहायक उपकरणों का उपयोग करता हैं, जो प्रलिपिक की सहायता से परीक्षा में बैठने हेतु अभ्यर्थी के लिए आवश्यक है।

3. यह प्रमाणपत्र केवल भर्ती एजेंसियों, और साथ ही शैक्षणिक संस्थानों द्वारा आयोजित लिखित परीक्षाओं में बैठने के उदेश्य से जारी किया जाता है और ......................................................... (यह अधिकतम छह महीने या उससे कम की अवधि के लिए वैध है जैसा कि चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रमाणित किया जा सकता है) तक वैध है।

चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (हस्ताक्षर और नाम) | (हस्ताक्षर और नाम) | (हस्ताक्षर और नाम) | (हस्ताक्षर और नाम) | (हस्ताक्षर और नाम) |
| ऑर्थोपेडिक/ पीएमआर विशेषज्ञ | नैदानिक मनोवैज्ञानिक/ पुनर्वास मनोवैज्ञानिक/ मनोचिकित्सक/ विशेष शिक्षक | न्यूरोलॉजिस्ट (यदि उपलब्ध है) | व्यावसायिक चिकित्सक (यदि उपलब्ध है) | अध्यक्ष द्वारा मनोनीत अन्य विशेषज्ञ (यदि कोई है। |
| (हस्ताक्षर और नाम) | | | | |
| मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ सिविल सर्जन / मुख्य जिला चिकित्सा अधिकारी .......................................... अध्यक्ष | | | | |

मोहर के साथ सरकारी अस्पताल/ स्वास्थ्य देखभाल केंन्द्र का नाम

स्थान:

तारीख:

**अनुलग्नक – X**

**दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 2 (एस) की परिभाषा के तहत कवर किए गए विश्ष्ट दिव्यांगता से संबंधित व्यक्ति, परन्तु जो उक्त अधिनियम की धारा 2 (आर) की परिभाषा के तहत कवर नहीं किया गया है, अर्थात 40% से कम दिव्यांगता और जिसे लिखने में कठिनाई हो, द्वारा वचनपत्र।**

मैं ................................................................. , ......................................................................... (दिव्यांगता/स्थिति की प्रकृति) से पीड़ित अभ्यर्थी, ............................................................ जिला, ............................................. (राज्य का नाम) में स्थित ............................................................. (केन्द्र का नाम), से ............................................................. (परीक्षा का नाम) में बैठ रहा हूं, जिसका अनुक्रमांक सं. ................................................. है। मेरी शैक्षिक योग्यता ................................................. है।

2. मैं एतदद्वारा व्यक्त करता हूं कि ...........................................................(प्रलिपिक का नाम) उपरोक्त परीक्षा देने के लिए अधोहस्ताक्षरी के लिए प्रलिपिक की सेवा प्रदान करेगा।

3. मैं एतदद्वारा वचन देवता हूं कि उसकी शैक्षिक योग्यता ......................................................... है। यदि बाद में यह पाया जाता है कि उसकी शैक्षिक योग्यता मेरे द्वारा घोषित योग्यता के अनुसार नहीं है और उसकी योग्यता मेरी योग्यता से अधिक है, तो मैं पद या प्रमाणपत्र/ डिप्लोमा/डिग्री और उससे संबंधित दावों पर अपना अधिकार खो दूंगा।

(अभ्यर्थी के हस्ताक्षर)

(यदि अभ्यर्थी अवयस्क है तो माता-पिता/अभिभावक द्वारा प्रतिहस्ताक्षर)

स्थान:

तारीख:

**अनुलग्नक – XI**

**प्रारूप – V**

**निशक्कता प्रमाण पत्र**

**(विच्छेदन या अंग के पूरे स्थायी पक्षाघात के मामले या बौनेपन और नेत्रहीनता के मामले में)**

**[नियम 18 (1) देखें]**

**(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम एवं पता)**

|  |
| --- |
| **निशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का अनुप्रमाणित फोटो (केवल चेहरे का)** |

**प्रमाण पत्र सं. ...................................... दिनांक ................................**

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी .............................................................................. सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री ................................................. जन्मतिथि ..................................................... (दि/म/व) आयु ............................... वर्ष पुरूष/ महिला ................................................... पंजीकरण संख्या ........................................ , जोकि मकान नं. .................................................... वार्ड/ गांव/ गली ........................................... डाकघर ................................. जिला .................................. राज्य................................................................ के स्थायी निवासी हैं, जिनकी फोटो ऊपर चिपकायी गई है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और मैं संतुष्ट हूं कि:-

(क) उनका मामला:

* + गतिविषयक दिव्यांगता
  + बौनापन
  + नेत्रहीनता का है

(जैसा भी लागू हो, निशान लगाएं)

(ख) उनके मामले में .................................................................................. निदान है।

(ग) वे दिशानिर्देशों ............................................... (दिशानिर्दश संख्या और उनको जारी करने की तारीख) के अनुसार अपने ............................................ (शारीरिक अंग) (उल्लेख करें) के संबंध में ......................% (अंकों में) ......................% (शब्दों में) स्थायी गतिविषयक दिव्यांगता/ बौनापन/नेत्रहीनता से पीड़ित हैं।

2. आवेदक ने आवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैः

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| दस्तावेज का स्वरूप | जारी करने की तारीख | प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा |

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षर एवं मुहर)

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

जिसके लिए निशक्तता प्रमाणपत्र जारी किया गया है

**अनुलग्नक – XII**

**प्रारूप-VII**

**निशक्तता प्रमाण पत्र**

**(प्रपत्र V और VI में उल्लिखित मामलों को छोड़कर)**

**(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम एवं पता)**

**[नियम 18(1) देखें]**

|  |
| --- |
| निशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का अनुप्रमित फोटो (केवल चेहरे का) |

प्रमाण पत्र सं. .................................................................. दिनांक ...........................................................................

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी .............................................................................. सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री ................................................. जन्मतिथि ..................................................... (दि/म/व) आयु ............................... वर्ष पुरूष/ महिला ................................................... पंजीकरण संख्या ........................................ , जोकि मकान नं. .................................................... वार्ड/ गांव/ गली ........................................... डाकघर ................................. जिला .................................. राज्य................................................................ के स्थायी निवासी हैं और जिनकी फोटो ऊपर चिपकायी गई है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और मैं संतुष्ट हूं कि वे ...................................................................... निशक्तता से पीड़ीत हैं। उनकी शारीरिक निशक्तता / दिव्यांगता का दिशानिर्देशों ........................................................ (दिशानिर्देश संख्या और उनको जारी करने की तारीख का उल्लेख किया जाए) के अनुसार निम्नलिखित इंगित निशक्तताओं के लिए मूल्यांकन किया गया है और उसे निम्नलिखित सारणी में उपयुक्त निशक्तता के समक्ष दर्शाया गया है:-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र. सं. | निशक्तता | शरीर के प्रभावित अंग | निदान | स्थायी शारीरिक क्षति/ मानसिक दिव्यांगता (% में( |
| 1. | गति विषयक दिव्यांगता | @ |  |  |
| 2. | पेशा संबंधी कुपोषण |  |  |  |
| 3. | अभिसाधित कुष्ठ |  |  |  |
| 4. | प्रमस्तिष्कीय पक्षाघात |  |  |  |
| 5. | तेजाब के हमले में जले पीड़ित |  |  |  |
| 6. | अल्प दृष्टि | # |  |  |
| 7. | बधिरता | ( |  |  |
| 8. | श्रवण दिव्यांगता | ( |  |  |
| 9. | वाक् एवं भाषा संबंधी दिव्यांगता |  |  |  |
| 10. | बौद्धिक दिव्यांगता |  |  |  |
| 11. | विश्ष्ट अभिगम दिव्यांगता |  |  |  |
| 12. | ऑटिस्म स्पेक्ट्रम विकार |  |  |  |
| 13. | मानसिक बीमारी |  |  |  |
| 14. | चिरकालिक तंत्रिका संबंधी विकार |  |  |  |
| 15. | मल्टीपल स्लेरोसिस |  |  |  |
| 16. | पार्किन्सन बीमारी |  |  |  |
| 17. | हेमोफिलिया |  |  |  |
| 18. | थेलेसेमिया |  |  |  |
| 19. | सिकल सेल बीमारी |  |  |  |

(कृपया उन निशक्तताओं को काट दें जो लागू न हों)

2. उपर्युक्त स्थिति प्रगामी है / गैर-प्रगामी है/ इसमें सुधार होने की संभावना है/ सुधार होने की संभावना नहीं है।

3. निशक्तता का पुनःनिर्धारण:

(i) आवश्यक नहीं है

अथवा

(ii) ………….. वर्ष .................. माह के पश्चात् पुनःनिर्धारण की सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाणपत्र ........................... (तारीख) ......................... (माह) ...................... (वर्ष) तक मान्य रहेगा।

@ उदाहरणतः बाएं/दाएं/ दोनों बाहें/ टागें

# उदाहरणतः एक आँख/ दोनों आंखे

( उदाहरणतः बाएं/दाएं/ दोनों कान

4. अभ्यर्थी ने आवास प्रमाण पत्र के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| दस्तावेज का स्वरूप | जारी करने की तारीख | प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा |
|  |  |  |

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)

(नाम और मुहर)

प्रतिहस्ताक्षर

{यदि प्रमाणपत्र ऐसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी किया गया है

जो सरकारी अधिकारी (मुहर के साथ) नहीं है, तो

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/ चिकित्सा अधीक्षक/

सरकारी अस्पताल के अध्यक्ष के प्रतिहस्ताक्षर एवं मुहर}

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप

जिसके लिए निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी किया गया है

**टिप्पणीः** यदि प्रमाणपत्र ऐसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी किया गया है जो सरकारी अधिकारी नहीं है, तो यह जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होने पर ही वैध होगा।