इसे वेबसाईट www.govtpressmp.nic.in से भी डाउन लोड किया जा सकता है.

मध्यप्रदेश राजपत्र

(असाधारण)

प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमांक 428] भोपाल, शुक्रवार, दिनांक 16 सितम्बर 2011—भाद्र 25, शक 1933

सामाजिक न्याय विभाग

मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल

भोपाल, दिनांक 15 सितम्बर 2011

क्रमांकःएफ 2–46/2010/26–2 :: निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकार संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 का 1) की धारा 73 की उपधारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों को प्रयोग में लाते हुए, राज्य सरकार, एतद्द्वारा, निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण तथा पूर्ण भागीदारी) नियम, 1997 में निम्नलिखित संशोधन करती है, अर्थात्:—

संशोधन

उक्त नियमों में,—

1. नियम 2 के स्थान पर, निम्नलिखित नियम स्थापित किया जाए, अर्थात्:—

''2. **परिभाषाएं**—

(1) इन नियमों में, जब तक कि संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो,—

(क) ''अधिनियम'' से अभिप्रेत है, निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकार संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 का 1);

(ख) ''प्रमाणपत्र'' या ''निःशक्तता प्रमाणपत्र''से अभिप्रेत है,अधिनियम की धारा 2 के खण्ड (न) के अनुसरण में जारी किया गया प्रमाणपत्र;

(ग) ''प्ररुप'' से अभिप्रेत है , इन नियमों से संलग्न प्ररुप;

(घ) ''बहुनिःशक्तता''से अभिप्रेत है अधिनियम की धारा 2 के खण्ड (झ) में परिभाषित दो या दो से अधिक निःशक्तताओं का संयोजन ।

(2) उन शब्दों और अभिव्यक्तियों के जो अधिनियम में परिभाषित हैं किन्तु इन नियमों में परिभाषित नहीं हैं, वही अर्थ होंगे जो अधिनियम में क्रमशः उनके लिए दिए गए हैं।''

2. अध्याय–2 के स्थान पर, निम्नलिखित अध्याय स्थापित किया जाए, अर्थात्:–

''अध्याय 2

निःशक्तता प्रमाण पत्र

3. निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी करने के लिये आवेदन,–

(1) अपने पक्ष में प्रमाण पत्र प्राप्त करने के इच्छुक निःशक्त व्यक्ति को प्ररुप एक में आवेदन प्रस्तुत करना होगा तथा इस आवेदन के साथ निम्नलिखित संलग्न होंगे–

(क) निवास का प्रमाण ; और
(ख) पासपोर्ट आकार के दो वर्तमान फोटोग्राफ।

(2) आवेदन निम्नलिखित को प्रस्तुत किया जाएगा,–

(क) आवेदक व्दारा आवेदन के साथ प्रस्तुत किए गए निवास के प्रमाण में यथा उल्लिखित उसके निवास के जिले में ऐसा प्रमाण पत्र जारी करने के लिए सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी को;या

(ख) शासकीय चिकित्सालय के संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी को जहां आवेदक अपनी निःशक्तता के संबंध में उपचार ले रहा हो या जहां उसने ऐसा उपचार लिया हो:

परन्तु जहां कोई निःशक्त व्यक्ति अवयस्क है या ऐसी मानसिक मंदता या किसी अन्य निःशक्तता से ग्रस्त है जिसके कारण वह स्वयं ऐसा आवेदन देने में अस्वस्थ या असमर्थ है तो उसके विधिक संरक्षक द्वारा उसकी ओर से आवेदन प्रस्तुत किया जा सकता है।

4. निःशक्तता प्रमाण पत्र का जारी किया जाना,–

(1) नियम 3 के अधीन आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी, स्वयं का यह समाधान कर लेने के पश्चात् कि आवेदक अधिनियम की धारा 2 के खण्ड (न) में यथापरिभाषित निःशक्त व्यक्ति है, प्ररुप– दो, प्ररुप–तीन या प्ररुप–चार में, जो भी लागू हो, उसके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी करेगा।

(2) चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तारीख से यथासंभव, एक सप्ताह के भीतर प्रमाण पत्र जारी कर दिया जाएगा किन्तु किसी भी दशा में, ऐसी तारीख से एक मास के बाद जारी नहीं होगा।

(3) चिकित्सा प्राधिकारी सम्यक् परीक्षण के पश्चात्,–

(क) ऐसे मामलों में स्थायी निःशक्तता प्रमाण पत्र देगा जिनमें निःशक्तता की डिग्री में, समय गुजरने के साथ किसी प्रकार के परिवर्तन की संभावना नहीं है ; और

(ख) उन मामलों में, जहां निःशक्तता की डिग्री में समय के गुजरने के साथ किसी प्रकार के परिवर्तन की संभावना हो, प्रमाणपत्र में विधिमान्यता की कालावधि उपदर्शित करेगा।

(4) यदि आवेदक निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी किए जाने के लिये अपात्र पाया जाता है तो चिकित्सा प्राधिकारी, उसे उसका आवेदन निरस्त करने के कारण स्पष्ट करेगा और उसे प्ररुप–पांच में लिखित में उन कारणों को सूचित भी करेगा।

(5) मुख्य चिकित्सा अधिकारी से भिन्न किसी चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा इन नियमों के अधीन जारी किए गए प्रत्येक निःशक्तता प्रमाणपत्र की प्रति, ऐसे चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी को उसी समय भेजी जाएगी ।

5. निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी करने या जारी करने से इंकार करने के विनिश्चय का पुनर्विलोकन,–

(1) निःशक्तता प्रमाण पत्र के लिए कोई आवेदक, जो यथास्थिति, उसको जारी किए गए प्रमाणपत्र के स्वरुप या उसके पक्ष में ऐसा प्रमाणपत्र जारी करने से इंकार करने से व्यथित है, समुचित सरकार द्वारा इस प्रयोजन के लिए यथाविर्निदिष्ट चिकित्सा प्राधिकारी को ऐसे विनिश्चय के विरुद्ध अभ्यावेदन कर सकेगाः

परन्तु जहां कोई निःशक्त व्यक्ति अवयस्क है या मानसिक मंदता या ऐसी किसी निःशक्तता से ग्रस्त है जिसके कारण वह ऐसा आवेदन देने में अस्वस्थ अथवा असमर्थ है तो आवेदन उसकी ओर से उसके विधिक संरक्षक द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है।

(2) पुनर्विलोकन हेतु आवेदन के साथ प्रमाण पत्र की प्रति या नामंजूरी के पत्र की प्रति, जिसके कि विरूद्ध अपील की जा रही है, संलग्न करना होगी।

(3) पुनर्विलोकन के लिए आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी अपीलार्थी को सुनवाई का अवसर दिये जाने के पश्चात् उस पर ऐसा आदेश पारित करेगा जैसा कि वह समुचित समझे।

(4) पुनर्विलोकन के लिए आवेदन का निराकरण, जहां तक संभव हो, उसकी पावती की तारीख से एक पखवाड़े के भीतर निपटारा किया जाएगा किन्तु किसी भी स्थिति में, ऐसी तारीख से एक मास के पश्चात् नहीं किया जाएगा ।

6. **नियम 4 के अधीन जारी प्रमाणपत्र साधारणतः सभी प्रयोजनों के लिए वैध होगा.**

नियम 4 के अधीन जारी किया गया प्रमाण पत्र,ऐसी शर्तों के अध्यधीन रहते हुए, जो सुसंगत स्कीमों या सरकार के अनुदेशों, आदि में विर्निदिष्ट किया जाए, सरकार और सरकार द्वारा वित्तपोषित गैर सरकारी संगठनों की स्कीमों के अधीन ग्राह्य सुविधाओं, रियायतों और फायदों के लिए यथास्थिति, आवेदन करने का पात्र बनाएगा । "

(3) विद्यमान प्ररूपों के स्थान पर, निम्नलिखित प्ररूप स्थापित किए जाएं, अर्थात्:—

"प्ररूप—एक
(नियम 3 देखिए)

निःशक्त व्यक्तियों द्वारा निःशक्तता प्रमाणपत्र अभिप्राप्त करने के लिए आवेदन

1. नाम (उपनाम) ....(प्रथम नाम)..........................(मध्य नाम).....................

2. पिता का नाम..माता का नाम ....
3. जन्म तिथि(तारीख)...................../(मास) ..../(वर्ष) ....
4. आवेदन के समय आयु...वर्ष
5. लिंग........पुरुष/महिला
6. पता :
(क) स्थायी पता
(ख) वर्तमान पता (पत्र व्यवहार आदि के लिए) ....
(ग) कालावधि जब से वर्तमान पते पर निवास कर रहे हैं।
7. शैक्षणिक स्थिति (कृपया जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)
(एक) स्नातकोत्तर
(दो) स्नातक
(तीन) डिप्लोमा
(चार) हायर सेकेण्डरी
(पांच) हाई स्कूल
(छह) मिडिल
(सात) प्राइमरी
(आठ) अशिक्षित
8. व्यवसाय..

9. पहचान के चिन्ह (एक)..............................(दो)...............................

10. निःशक्तता की प्रकृति/लोकोमोटर (चलन श्रवण)/दृश्य/मानसिक/अन्य

11. निःशक्त होने की कालावधि :— जन्म से / वर्ष.......................................से

12. (एक) क्या आपने पूर्व में निःशक्तता प्रमाण पत्र के लिए कभी आवेदन किया है— हां/नहीं

(दो) यदि हां तो, ब्यौरे दें :

(क) किस प्राधिकारी को और किस जिले में आवेदन दिया गया है............

(ख) आवेदन का परिणाम...

13. क्या पूर्व में आपको कोई निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया है?

यदि हां, तो कृपया सत्यप्रति संलग्न करें ।

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं/करती हूं कि उपरोक्त कथित सभी विशिष्टियां मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और कोई भी तात्विक जानकारी छुपाई नहीं गई या अशुद्ध कथन नहीं किया गया है। मैं , और यह भी कथन करता हूं /करती हूं कि यदि आवेदन में कोई गलती पाई जाती है तो, मैं लिए गए किसी भी प्रकार के लाभ समपहरण और विधि के अनुसार अन्य कार्रवाई के लिए जिम्मेदार रहूंगा/रहूंगी ।

(निःशक्त व्यक्ति या मानसिक मंदता आटिज्म प्रमस्तिष्क, अंगघात और बहु निःशक्तता में उसके/उसकी विधिक संरक्षक के हस्ताक्षर या बांए अंगूठे का निशान)

तारीखः

स्थानः

संलग्नः

1. निवास का प्रमाण (कृपया जो लागू हो निशान लगाएं)

(क) राशन कार्ड ;

(ख) मतदाता पहचान पत्र ;

(ग) ड्राइविंग लाइसेंस ;

(घ) बैंक पासबुक ;

(ड.) पेनकार्ड ;

(च) पासपोर्ट ;

(छ) आवेदक के पते को उपदर्शित करने वाले दूरभाष, बिजली,पानी और कोई अन्य उपयोगिता संबंधी बिल ;

(ज) पंचायत,नगरपालिका, छावनी बोर्ड, किसी राजपत्रित अधिकारी या संबंधित पटवारी या शासकीय विद्यालय के प्रधान अध्यापक द्वारा जारी निवास का प्रमाण पत्र ;

(झ) निःशक्त व्यक्ति, निराश्रित, मानसिक रुग्ण इत्यादि के लिए आवासीयस्थाई के निवासी की दशा में, ऐसे संस्थान के प्रमुख से निवास का प्रमाणपत्र।

2. हाल ही के पासपोर्ट आकार के दो फोटो

....

(केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

तारीखः

स्थानः

जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर

(सील)

प्ररूप—दो

(नियम 4 देखिये)

निःशक्तता प्रमाणपत्र

(अंगोंच्छेदन या अंगों की पूर्ण स्थाई अंगघात की दशा में और अंधत्व की दशा में)

(प्रमाणपत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का सत्यापित फोटो (केवल चेहरा दिखाता हुआ)

प्रमाणपत्र कमांक दिनांक :

प्रमाणित किया जाता है कि मैंनें श्री/श्रीमती/कुमारी................................पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री.............................. जन्म तिथि (तारीख/मास/वर्ष).......................आयु........................वर्ष, पुरुष/महिला......................रजिस्ट्रीकरण कमांक .... मकान कमांक ....वार्ड/गांव/गली... डाकघर..................................जिला........................राज्य..........................का/की स्थाई निवासी, जिनकी फोटो ऊपर चस्पा की हुई है, का सावधानी पूर्वक परीक्षण कर लिया है और मैं संतुष्ट हूं कि :

(क) वह :

0 लोको मोटर निःशक्तता

0 दृष्टिहीनता (अंधत्व)

(कृपया जो लागू हो, उस पर निशान लगाएं)

(ख) उनके मामले में निदान ....है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांत (विनिर्दिष्ट किए जाएं) के अनुसार उनके...........(शरीर के अंग) के संबंध में....... ....प्रतिशत (अंकों में)...............................प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

2. आवेदक ने निवास के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किये हैं :—

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी के ब्यौरे

....

(प्राधिकृत चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और सील)

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

प्ररूप–तीन
(नियम 4 देखिये)
निःशक्तता प्रमाणपत्र
(बहु निःशक्तता की दशा में)
(प्रमाणपत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का सत्यापित फोटोग्राफ (केवल चेहरा दिखाता हुआ)

प्रमाणपत्र क्रमांक दिनांक :

प्रमाणित किया जाता है कि हमने श्री/श्रीमती/कुमारी................................पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री..........................जन्म तिथि (तारीख/मास/वर्ष)........................आयु..............वर्ष, पुरूष/महिला रजिस्ट्रीकरण क्रमांक.. मकान क्रमांक ....वार्ड/गांव/गली.............. ....डाकघर..................................जिला.............................. राज्य..........................का स्थाई निवासी, जिसकी फोटो ऊपर चस्पा की गई है का सावधानी पूर्वक परीक्षण कर लिया है और हम संतुष्ट हैं कि

(क) उसका मामला बहु निःशक्तता का है। उसका/उनकी स्थाई शारीरिक क्षति/निःशक्तता को निम्नलिखित निःशक्तताओं हेतु मार्गदर्शक सिद्धांतों (विनिर्दिष्ट किए जाएं) के अनुसार मूल्यांकन किया गया है और नीचे दी गई सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है।

अनुक्रमांक	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थाई शारीरिक निःशक्तता/मानसिक निःशक्तता (% में)
1	लोकोमोटर निःशक्तता	@		
2	मंद दृष्टि	#		
3	दृष्टिहीनता (अंधत्व)	दोनों आंखें		
4	श्रवण क्षति	E		
5	मानसिक मंदता	X		
6	मानसिक रूग्णता	X		

(ख) उपरोक्त को ध्यान में रखते हुए उसका/उनकी समग्र स्थाई शारीरिक क्षति मार्गदर्शक सिद्धांतों (विनिर्दिष्ट किए जाएं) के अनुसार निम्न प्रकार है :–
अंकों में.......................प्रतिशत में
शब्दों में .... प्रतिशत में

2. यह स्थिति प्रगतिशील है/प्रगतिशील नहीं है/इसमें सुधार होने की संभावना है/सुधार न होने की संभावना है।

3. निःशक्तता का पुनर्निर्धारण
(एक) आवश्यक नहीं है। या

(दो) ....वर्ष ....मास के पश्चात् सिफारिश की जाती है और

यह प्रमाण पत्र (तारीख/मास/वर्ष)............................तक .... वैध रहेगा

@ अर्थात् बांई/दांई/दोनों भुजाएं/पैर

\# अर्थात् एक आंख/दोनों आंखें

E अर्थात् बांया/दायां/दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:–

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी के ब्यौरे

5. चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और मुद्रा

सदस्य का नाम और मुद्रा	सदस्य का नाम और मुद्रा	अध्यक्ष/ सविल सर्जन–सह– मुख्य अस्पताल अधीक्षक का नाम और मुद्रा

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

प्ररुप—चार
(नियम 4 देखिए)
निःशक्तता प्रमाणपत्र
(प्ररुप—दो और प्ररुप—तीन में उल्लिखित से भिन्न दशा में)
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का सत्यापित फोटोग्राफ (केवल चेहरा दिखाता हुआ)

दिनांक :

प्रमाणपत्र क्रमांक

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी..............पुत्र/पत्नि/पुत्रीश्री.................जन्म तिथि(तारीख/मास/वर्ष) ....आयु..............वर्ष, पुरुष/महिला....................., रजिस्ट्रीकरण क्रमांक.......... ....मकान क्रमांक....................वार्ड/गांव/ गली...............................डाकघर.............................. जिला..राज्य.........................का स्थाई निवासी जिसकी फोटो ऊपर चस्पा है का सावधानीपूर्वक परीक्षण कर लिया है तथा मैं इस बात से संतुष्ट हूं कि यह .... निःशक्तता का मामला है। इसकी शारीरिक क्षति/ निःशक्तता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिंद्धांतों के अनुसार (विनिर्दिष्ट किया जाए)किया गया है तथा यह नीचे दी गई सारणी में सुसंगत निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है:—

अनुक्रमांक	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थाई शारीरिक क्षति/मानसिक निःशक्तता (%में)
1.	लोकोमोटर	@		
2.	मंद दृष्टि(लो—विजन)	#		
3.	दृष्टिहीनता(अंधत्व)	दोनों आंखें		
4.	श्रवण बाधिता	E		
5.	मानसिक मंदता	X		
6.	मानसिक रुग्णता	X		

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

2. उपरोक्त स्थिति प्रगतिशील है/ प्रगतिशील नहीं है/ इसमें सुधार की संभावना है/सुधार नहीं होने की संभावना है।

3. निःशक्तता का पुनर्निर्धारण है :—

(एक) आवश्यकता नहीं है

या

(दो) ....वर्ष.........................मास के पश्चात् सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण—पत्र तारीख...............मास........वर्ष...............तक वैध रहेगा।

@ अर्थात् बांई / दांई / दोनों भुजाएं / पैर

अर्थात् एक आंख / दोनों आंखें

E अर्थात् बायां / दाहिना / दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के सबूत के रुप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:–

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तारीख	प्रमाणपत्र जारी करने वाले प्राधिकारी के ब्यौरे

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)
(नाम एवं मुद्रा)
प्रति हस्ताक्षरित
(चिकित्सा प्राधिकारी के, जो सरकारी सेवक नहीं है, द्वारा जारी प्रमाण पत्र की दशा में, मुख्य चिकित्सा अधिकारी / चिकित्सा अधीक्षक / सरकारी चिकित्सालय के प्रधान / सिविल सर्जन सह–मुख्य अस्पताल अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर तथा मुद्रा)

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

टिप्पणी:– यदि यह प्रमाण–पत्र चिकित्सा प्राधिकारी, जो शासकीय सेवक नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो, ऐसे मामले में यह तभी वैध होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किए गए हों ।

प्ररूप—पांच
(नियम 4 देखिये)

निःशक्तता प्रमाणपत्र के आवेदन को अस्वीकृत करने की सूचना

दिनांक ....

क्रमांक..

प्रति,

निःशक्तता प्रमाणपत्र के लिये आवेदक
का नाम और पता

विषयः— निःशक्तता प्रमाणपत्र के आवेदन को अस्वीकार करने बाबत् ।

महोदय/महोदया,

कृपया निम्नलिखित निःशक्तता के लिये निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी करने हेतु तारीख ....के अपने आवेदन के संदर्भ में ....

2. उपरोक्त आवेदन के अनुसरण में, आपका अधोहस्ताक्षरी/मेडिकल बोर्ड द्वारा ....को परीक्षण किया गया और मुझे यह सूचित करते हुए खेद है कि नीचे उल्लिखित किए हुए कारणों से आपके पक्ष में निःशक्तता प्रमाणपत्र जारी करना संभव नहीं है:—

(एक)

(दो)

(तीन)

3. यदि आप अपने आवेदन को अस्वीकार किये जाने के मामले में व्यथित हैं तो आप .... को इस विनिश्चय के पुनर्विलोकन के लिए अनुरोध करते हुए अभ्यावेदन कर सकते हैं।

भवदीय

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता)

(नाम और मुद्रा)

No F-2-46/2010/26-2 :: In exercise of the powers conferred by sub-sections (1) of section 73 of the Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Act, 1995 (No.1 of 1996), the State Government, hereby makes the following amendments in the Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Rules, 1997, namely:-

AMENDMENT

In the said rules,-

1 for rule 2 , the following rule shall be substituted, namely:-

"**2. Definitions.-** In these rules, unless the context otherwise requires,-

(1).

(a) "Act" means the Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Act, 1995 (1 of 1996);

(b) "certificate" or "disability certificate" means a certificate issued in pursuance of clause (t) of section 2 of the Act;

(c) "Form" means a form appended to these rules.

(d) "multiple disabilities" means a combination of two or more disabilities as defined in clause (i) of section 2 of the Act;

(2) Words and expressions defined in the Act but not defined in these rules, shall have the same meanings respectively assigned to them in the Act."

(2) for chapter II, the following Chapter shall be substituted, namely :-

"CHAPTER II
DISABILITY CERTIFICATE

3. Application for issue of disability certificate. -

(1) A person with disability desirous of getting a certificate in his favour shall submit an application in Form I, and the application shall be accompanied by -

(a) proof of residence; and

(b) two recent passport size photographs.

(2) The application shall be submitted to -

(a) a medical authority competent to issue such a certificate in the district of the applicant's residence as mentioned in the proof of residence submitted by him with the application; or

(b) the concerned medical authority in a Government hospital where he may be undergoing or may have undergone treatment in connection with his disability :

Provided that where a person with disability is a minor or suffering from mental retardation 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.

4. Issue of disability certificate. -

(1) On receipt of an application under rule 3, the medical authority shall, after satisfying himself that the applicant is a person with disability as defined in clause (t) of section 2 of the Act, issue a disability certificate in his favour in Form II, Form III or Form IV as applicable.

(2) The certificate shall be issued as far as possible, within a week from the date of receipt of the application by the medical authority, but in any case, not later than one month from such date.

(3) The medical authority shall, after due examination, -

(a) give a permanent disability certificate in cases where there are no chances of variation, over time, in the degree of disability, and

(b) shall indicate the period of validity in the certificate, in cases where there is any chance of variation, over time, in the degree of disability.

(4) If an applicant is found ineligible for issue of disability certificate, the medical authority shall explain to him the reasons for rejection of his application, and shall also convey the reasons to him in writing in Form V.

(5) A copy of every disability certificate issued under these rules by a medical authority other than the Chief Medical Officer shall be simultaneously sent by such medical authority to the Chief Medical Officer of the District.

5. Review of a decision regarding issue of, or refusal to issue, a disability certificate -

(1) Any applicant for a disability certificate, who is aggrieved by the nature of a certificate issued to him, or by refusal to issue such a certificate in his favour, as the case may be, may represent against such a decision to the medical authority as specified for the purpose by the appropriate Government:

Provided that where a person with disability is a minor or suffering from mental retardation 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.

(2) The application for review shall be accompanied by a copy of the certificate or letter of rejection being appealed against.

(3) On receipt of an application for review, the medical authority shall, after giving the appellant an opportunity of being heard, pass such orders on it as it may deem appropriate.

(4) An application for review shall, as far as possible, be disposed of within a fortnight from the date of its receipt, but in any case, not later than one month from such date.

6. Certificate issued under rule 4 to be generally valid for all purposes

A certificate issued under rule 4 shall render a person eligible to apply for facilities, concessions and benefits admissible under schemes of the Government and of Non-Governmental Organizations funded by the Government, subject to such conditions as may be specified in relevant schemes or instructions of Government, etc., as the case may be."

(3) For the existing Forms, the following Forms shall be substituted, namely:-

"Form-I
(See rule 3)

APPLICATION FOR OBTAINING DISABILITY CERTIFICATE BY PERSONS WITH DISABILITIES

1. Name: (Surname) ______________ (First name) ______________ (Middle name) _________

2. Father's name: ______________ Mother's name: ______________

3. Date of Birth: (date) ________ / (month)____________ / (year)__________

4. Age at the time of application: ________ years

5. Sex: Male/Female

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)

(I) Post Graduate

(II) Graduate

(III) Diploma

(IV) Higher Secondary

(V) High School

(VI) Middle

(VII) Primary

(VIII) Illiterate

8. Occupation ________________________________

9. Identification marks (i) __________ (ii) __________

10. Nature of disability: locomotor/hearing/visual/mental/others

11. Period since when disabled: From Birth/Since year __________

12. (i) Did you ever apply for issue of a disability certificate 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 mental retardation, autism, cerebral palsy and multiple disabilities)

Date:

Place:

Enclosure:

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, etc., a certificate of residence from the head of such institution.

Two recent passport size photographs

(For office use only)

Signature of issuing authority
Stamp

Form-II

(See rule 4)

Disability Certificate

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

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

Recent PP 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 I 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 ________.

(A) He/ She has ________%(in figure)________ percent (in words) permanent physical impairment/blindness in relation to his/her______(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

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

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

Form-III

(See rule 4)

Disability Certificate

(In case of multiple disabilities)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

Recent PP 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 are 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 (to be specified) for the disabilities ticked below, and shown against the relevant disability in the table below:

S. No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
(1)	Locomotor disability	@		
(2)	Low vision	#		
(3)	Blindness	**Both Eyes**		
(4)	Hearing impairment	**£**		
(5)	Mental retardation	**X**		
(6)	Mental-illness	**X**		

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

In figures:- ____________________%

In words:-____percent

2. This 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) ______ ______ ______

@ - e.g. Left/Right/both arms/legs

 # - e.g. Single eye/both eyes

£ - 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/ Civil Surgeon Cum Chief Hospital Superintendent

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

Form-IV

(See rule 4)

Disability Certificate

(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE)

Recent PP 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 I am satisfied that he/she is a case of____________________ disability. His/her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

S. No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
1	Locomotor disability	@		
2	Low vision	#		
3	Blindness	**Both Eyes**		
4	Hearing impairment	**£**		
5	Mental retardation	**X**		
6	Mental-illness	**X**		

(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) ______ ______ ______

@ - e.g. Left/Right/both arms/legs

 # - e.g. Single eye/both eyes

£ - 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**

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

Countersigned

{Countersignature and seal of the CMO/Medical Superintendent/Head of Government Hospital/ Civil Surgeon Cum Chief Hospital Superintendent 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 disability certificate 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.

Form-V

(See rule 4)

Intimation of Rejection of Application for Disability Certificate (See rule 4)

No.______________________ Dated:

To,

(Name and address of applicant for Disability Certificate)

Sub.: Rejection of Application for Disability Certificate

Sir / Madam,

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

2. Pursuant to the above application, you have been examined by the undersigned/ Medical Board on _______and I regret to inform that, for the reasons mentioned below, it is not possible to issue a disability certificate 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)

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार,
व्ही. के. बाथम, सचिव.

नियंत्रक, शासकीय मुद्रण तथा लेखन सामग्री, मध्यप्रदेश द्वारा शासकीय केन्द्रीय मुद्रणालय, भोपाल से मुद्रित तथा प्रकाशित—2011.