

मध्यप्रदेश शासन  
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मंत्रालय

क्रमांक एच 10-13/2013/18/के. ल

भोपाल, दिनांक 20/12/2013

प्रति,

समस्त कलेक्टर,  
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
समस्त सिविल सर्जन,  
मध्यप्रदेश।

विषय:- मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम 2010 के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की सेवा क्रमांक 12.2- विकलांगता प्रमाण-पत्र दिये जाने के संबंध में।

संदर्भ:- लोक सेवा प्रबंधन विभाग की अधिसूचना क्रमांक एफ 2-13/2012/61/लोसेप्र/पी.एस. जो.-12, दिनांक 17 जून 2013।

---00---

1. सेवा का उद्देश्य- इस सेवा का उद्देश्य, निर्धारित समय-सीमा में निःशक्त जन (विकलांग) व्यक्ति को विकलांगता प्रमाण-पत्र उपलब्ध कराना है, जिससे कि वह शासन की विभिन्न योजनाओं का लाभ ले सकें।
2. पदाभिहित अधिकारी एवं समय-सीमा- इस सेवा के लिये सिविल सर्जन, अपने कार्यक्षेत्र में पदाभिहित अधिकारी होंगे। यह सेवा आवेदन प्राप्त होने की तिथि से 15 कार्य दिवस के अंदर दी जायेगी।
3. आवेदन का प्रारूप- आवेदन संलग्न निर्धारित प्रारूप "परिशिष्ट -1" में दिया जावेगा।
4. पात्रता की आवश्यक शर्त:-
  - 4.1 आवेदक किसी प्रकार की शारीरिक (अस्थिबाधित, दृष्टिबाधित, वाक एवं श्रवणबाधित आदि) अथवा/एवं मानसिक निःशक्तता से पीड़ित हो।
  - 4.2 आवेदक उसी जिला/क्षेत्र का निवासी हो जहां आवेदन कर रहा है।
5. आवश्यक दस्तावेज-आवेदक को आवेदन पत्र के साथ निम्न दस्तावेज संलग्न करना होंगे:-
  - 5.1 जिले का निवासी होने संबंधी प्रमाण हेतु (निम्नलिखित में से कोई एक)
    1. राशनकार्ड
    2. मतदाता पहचान-पत्र
    3. ड्रायविंग लायसेंस
    4. बैंक पासबुक
    5. पासपोर्ट
    6. आधार कार्ड
    7. दूरभाष/विजली/पानी या उपयोगिता संबंधी दस्तावेज

8. ग्राम पंचायत, नगरीय निकाय, छावनी बोर्ड, किसी राजपत्रित अधिकारी या संबंधित पटवारी या शासकीय विद्यालय के प्रधानाध्यापक द्वारा जारी प्रमाण-पत्र
9. निःशक्त व्यक्ति किसी संस्था में स्थायी रूप से निवासी होने की दशा में ऐसे संस्थान के प्रमुख का निवास प्रमाण-पत्र।
- 5.2 हाल ही के पासपोर्ट साईज के 02 रंगीन फोटोग्राफ।
- 5.3 यदि पूर्व में विकलांगता प्रमाण पत्र आवेदक को जारी किया गया है तो उसकी प्रतिलिपि।
6. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:-
  - 6.1 सेवा प्राप्त करने के लिये कंडिका 3 में बताये अनुसार संलग्न प्रारूप एवं कंडिका-5 में दर्शाये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों सहित आवेदन आवेदक द्वारा स्वयं अथवा अपने परिजन द्वारा पदाभिहित अधिकारी (सिविल सर्जन) के कार्यालय में प्रस्तुत किया जायेगा।
  - 6.2 आवेदक को आवेदन प्रस्तुत करने पर आवेदन प्रस्तुति की अभिस्वीकृति लोक सेवा प्रदाय की गारंटी अधिनियम की धारा 6 (1) के अंतर्गत "परिशिष्ट -2" पर संलग्न प्रारूप में दी जावेगी।
  - 6.3 पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा का उल्लेख किया जावेगा और यदि आवेदन अपूर्ण हैं तो समय-सीमा का उल्लेख नहीं किया जायेगा परंतु जो आवश्यक दस्तावेज संलग्न नहीं किये गये हैं उनका उल्लेख अभिस्वीकृति में किया जावेगा।
  - 6.4 आवेदन लेते समय आवेदक का मोबाईल नम्बर का उल्लेख भी कराया जावे ताकि आवश्यकतानुसार एसएमएस अलर्ट किया जा सके।
  - 6.5 आवेदन का पंजीयन लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी (आवेदन अपील, पुनरीक्षण शास्ति की वसूली, प्रतिकर का भुगतान) अधिनियम 2010 के नियम-16 में निर्धारित पंजी में संलग्न "परिशिष्ट -3" में किया जायेगा। एक ही आवेदन का पृथक-पृथक पंजीयों में इन्द्राज आवश्यक नहीं होगा।
  - 6.6 संबंधित पदाभिहित अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर निर्धारित समय-सीमा में आवेदन का निराकरण किया जावेगा।
  - 6.7 आवेदन पत्र अस्वीकृत करने की स्थिति में भी सूचना कारण सहित आवेदक को लिखित में दी जावेगी।
7. लोक सेवा केन्द्र में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:-
  - 7.1 साफ्टवेयर पर ऑनलाईन आवेदन दर्ज किया जाएगा एवं साफ्टवेयर में कंडिका-5 में बताये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों को स्केन कर आवेदन के साथ अपलोड किया जाएगा। दस्तावेज अपलोड करने के पूर्व उस लोक सेवा केन्द्र के ऑपरेटर द्वारा दस्तावेज पर डिजिटल हस्ताक्षर किया जायेगा।
  - 7.2 आवेदन प्राप्त करते समय आवेदक का मोबाईल नम्बर एवं ई-मेल आईडी आवेदक के पास होने की स्थिति में आवश्यक रूप से लिया जावे।

- 7.3 इस सेवा के लिये आवेदन की हार्डकॉपी की आवश्यकता नहीं है। अतः पदाभिहित अधिकारी द्वारा आवेदन की हार्डकॉपी संकलित नहीं की जायेगी, परंतु आवेदक के संबंध में होने वाले विवाद के निराकरण के लिये लोक सेवा केन्द्र द्वारा ऑनलाईन जमा किए गए आवेदन पत्र की हार्डकॉपी निकालकर उस पर आवेदक के हस्ताक्षर लेकर आवेदन की हार्डकॉपी तैयार कर तीन माह तक सुरक्षित रखी जायेगी तत्पश्चात् उसे विनिष्ट किया जायेगा।
- 7.4 ऑनलाईन आवेदन जमा होने के साथ ही साफ्टवेयर से आवेदन की पावती तैयार होगी। पूर्ण आवेदन जमा होने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा साफ्टवेयर द्वारा अंकित होगी। अपूर्ण आवेदन की स्थिति में छूट गये दस्तावेजों का उल्लेख पावती में होगा। आवेदन जमा होने के बाद पावती पर ऑपरेटर द्वारा हस्ताक्षर कर आवेदक को दी जायेगी। एवं सामान्य रूप से निर्धारित जिला चिकित्सा बोर्ड की साप्ताहिक बैठक दिवस की सूचना दी जायेगी।
- 7.5 लोक सेवा केन्द्र पर आवेदन की ऑनलाईन पावती जमा होते ही आवेदन संबंधित पदाभिहित अधिकारी के एकाउन्ट में ऑनलाईन उपलब्ध हो जाएगा।
- 7.6 पदाभिहित अधिकारी ऑनलाईन आवेदन के आधार पर निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर यथाशीघ्र समय सीमा के पूर्ण आवेदन का निराकरण करेगा।
- 7.7 आवेदक को जिला बोर्ड के समक्ष उपस्थित होने के दिन ही "परिशिष्ट-4" पर संलग्न प्रारूप अनुसार विकलांगता प्रमाण पत्र प्रदाय किया जा सकेगा अन्यथा पदाभिहित अधिकारी को स्याही से हस्ताक्षरित विकलांगता प्रमाण पत्र लोक सेवा केन्द्र पर भेजने की आवश्यकता नहीं है। अतः लोक सेवा केन्द्र संचालक पदाभिहित अधिकारी के डिजिटल हस्ताक्षर से जारी विकलांगता प्रमाण पत्र की प्रति साफ्टवेयर से प्रिन्टआउट निकालकर आवेदक को उपलब्ध करायेगा।
- 7.8 यदि पदाभिहित अधिकारी यह पाता है कि कतिपय कारणों से विकलांगता प्रमाण-पत्र दिया जाना संभव नहीं है तो वह लिखित में कारण दर्शाते हुए आवेदन पत्र निरस्त करेगा एवं इसकी ऑनलाईन सूचना आवेदक को डिजिटल हस्ताक्षर के माध्यम से देगा।
- 7.9 लोक सेवा केन्द्र ऑपरेटर द्वारा सेवा प्रदाय अथवा प्रदाय न करने की सूचना संबंधी पत्र डिजीटली साईन डिपाजटरी वेबसाईट ([www.mpedistrict.gov.in](http://www.mpedistrict.gov.in)) से प्रिन्टआउट निकालकर दिया जायेगा एवं प्रमाण-पत्र पर नीचे लिखा सत्यापन प्रमाण-पत्र हस्ताक्षर एवं मुद्रा सहित अंकित किया जावेगा-

प्रमाणित किया जाता है कि इस पत्र का प्रिन्टआउट वेबसाईट ([www.mpedistrict.gov.in](http://www.mpedistrict.gov.in)) से मेरे द्वारा निकाला गया है।

हस्ताक्षर  
लोक सेवा केन्द्र संचालक

## 8. आवेदन का निराकरण करने की प्रक्रिया:-

- 8.1 आवेदन पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में सीधे अथवा लोक सेवा केन्द्र में प्रस्तुत किया जा सकेगा।

- 3.2 पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन कंडिका-6 अनुसार एवं लोक सेवा केन्द्र में कंडिका-7 अनुसार प्रस्तुत किये जायेंगे।
- 8.3 यदि पूर्ण आवेदन प्रस्तुत किया गया है तो पावती में आवेदन के निराकरण की समय-सीमा बताई जाएगी। एवं सामान्य रूप से निर्धारित जिला चिकित्सा बोर्ड की साप्ताहिक बैठक दिवस की सूचना दी जायेगी।
- 8.4 आवेदन प्राप्त होने पर पदाभिहित अधिकारी द्वारा दो कार्य दिवस के अंदर आवेदक को जिला चिकित्सा बोर्ड के समक्ष उपस्थित होने की तिथि की पुष्टि कर पुनः सूचना दी जायेगी। यदि आवेदक का मोबाईल नंबर आवेदन पर दर्ज है तो यह सूचना फोनकॉल/एसएमएस के माध्यम से भेजना पर्याप्त होगा।
- 8.5 आवेदक के जिला चिकित्सा बोर्ड के समक्ष उपस्थित होने के उपरांत आवेदक की विकलांगता का प्रतिशत तय करते हुए पदाभिहित अधिकारी द्वारा "परिशिष्ट-4" पर संलग्न प्रारूप अनुसार विकलांगता प्रमाण-पत्र आवेदन प्रस्तुत करने के 15 कार्य दिवस के अंदर जारी किया जाएगा।
- 8.7 यदि आवेदक विकलांगता प्रमाण-पत्र के लिए पात्र नहीं पाया जाता है अथवा दो बार सूचना देने के बाद भी आवेदक चिकित्सा बोर्ड के समक्ष उपस्थित नहीं होता है तो ऐसे आवेदन पत्र को स्पष्ट कारण दर्शाते हुए निरस्त करने का आदेश पदाभिहित अधिकारी द्वारा पारित किया जावेगा। यह कार्यवाही निर्धारित समय-सीमा के अंदर ही संपादित की जाएगी।
9. शुल्क- इस सेवा को प्राप्त करने के लिये कोई प्रशासनिक शुल्क देय नहीं है। लोक सेवा केन्द्र के माध्यम से आवेदन प्रस्तुत करने पर लोक सेवा केन्द्र के लिये निर्धारित आवेदन शुल्क केवल रु. 30/- जमा करना होगा।
10. पूर्व में जारी आदेश/निर्देशों का निरसन/अधिक्रमण- परिपत्र क्रमांक एफ10-8/2011/सत्रह/मेडि-2 दिनांक 27.01.2012, एतद् द्वारा निरस्त किया जाता है।
11. अन्य महत्वपूर्ण बिन्दु-
- 11.1 समस्त सिविल सर्जन यथा संभव प्रतिदिन आनलाईन अकाउन्ट में लॉग-इन कर आवेदन की स्थिति का अवलोकन करेंगे एवं निर्धारित समयसीमा में निराकरण करायेगे। निर्धारित समयसीमा के अंतिम दिवस की प्रतीक्षा न करते हुए यथाशीघ्र निराकरण का प्रयास करेंगे, जिससे कोई भी आवेदन, समयसीमा बाह्य लंबित न हो सके।
- 11.2 मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, सिविल सर्जन के पास लंबित आवेदनों की समय-समय पर समीक्षा करेंगे।
- 11.3 समस्त सिविल सर्जन, जिला चिकित्सा बोर्ड के लिए निर्धारित साप्ताहिक दिवस की जानकारी पत्र द्वारा जिला प्रबंधक लोकसेवा को देंगे, जिससे वह इस जानकारी को समस्त लोकसेवा केन्द्रों को भेजेंगे ताकि लोकसेवा केन्द्र ऑपररेटर, आवेदक को आवश्यक रूप से यह जानकारी प्रदाय कर सकें।
12. अपील-आवेदक निम्नांकित स्थितियों में अपील कर सकेगा :-
- (1) आवेदन पत्र अमान्य किये जाने पर  
अथवा

(2) प्रमाण पत्र में दी गई विकलांगता से असतुष्ट होने पर  
अथवा

(3) निराकरण निर्धारित समय-सीमा में न होने पर।

अपील निम्नानुसार की जा सकेंगी-

(1) प्रथम अपील- प्रथम अपील मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को होगी, जो 15 कार्य दिवस में अपील का निराकरण करेंगे।

(2) द्वितीय अपील- प्रथम अपीलीय अधिकारी के आदेश के विरुद्ध द्वितीय अपील कलेक्टर को प्रस्तुत की जाएगी, जो 15 कार्य दिवस में अपील का निराकरण करेंगे।

सचिव,

मध्यप्रदेश शासन,

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

पृ०क्र०  
प्रतिलिपि:-

९६१०-१३/२५६/१०५५

भोपाल, दिनांक 20/12/2013

1. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्यमंत्री कार्यालय, भोपाल।
2. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्य सचिव कार्यालय, भोपाल।
3. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भोपाल।
4. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक सेवा प्रबंधन विभाग, भोपाल।
5. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
6. समस्त संभागायुक्त, मध्यप्रदेश।
7. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
8. समस्त मुख्य कार्यपालन अधिकारी, जिला पंचायत, मध्यप्रदेश।

सचिव,

मध्यप्रदेश शासन,

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

## (12.2) विकलांगता प्रमाण-पत्र (चिकित्सीय) दिया जाना आवेदन-पत्र

रजिस्ट्रेशन नम्बर:.....

आवेदक की  
स्वयं  
सत्यापित  
फोटो

विषय:- निःशक्त व्यक्तियों द्वारा निःशक्तता प्रमाण पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन।

1. निःशक्त व्यक्ति का पूरा नाम .....
2. पिता/पति का नाम .....
3. माता का नाम .....
4. जन्मतिथि (DD/MM/YYYY) .....
5. आवेदन के समय आयु (वर्ष में) .....
6. लिंग .....
7. जाति (अनुसूचित जाति/जनजाति/अन्य पिछड़ावर्ग/सामान्य) .....
8. पता:-  
(क) स्थायी पता .....
- (मकान नं.वार्ड/गाँव/गली,डाकघर, जिला इत्यादि विवरण अवश्य दें)
- (ख) वर्तमान पता (पत्र व्यवहार आदि के लिए) .....
- (ग) मोबाईल/दूरभाष नं : .....
- (घ) आधार कार्ड (यदि हो तो) .....
9. शैक्षणिक योग्यता .....
10. व्यवसाय .....
11. निःशक्तता की प्रकृति  
(अ) अस्थिबाधित (चलन )  
(ब) दृष्टिबाधित  
(स) मूक बधिर  
(द) मानसिक  
(इ) अन्य निःशक्तता की प्रकृति का विवरण .....
12. निःशक्तता होने की कालावधि (कितने वर्ष से) .....
13. क्या आपने पूर्व में निःशक्तता प्रमाण-पत्र के लिए आवेदन किया है ? यदि हाँ तो ब्योरा दें।  
.....
14. क्या पूर्व में आपको कोई निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया है? यदि हाँ तो कृपया सत्यापित प्रति संलग्न करें।

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त कथित सभी प्रविष्टियाँ मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और कोई भी तथ्यात्मक जानकारी छुपाई नहीं गई या

असत्य कथन नहीं किया गया है। मैं यह भी कथन करता हूँ/करती हूँ कि यदि आवेदन में कोई असत्य जानकारी पाई जाती है तो, मैं लिए गये किसी भी प्रकार के लाभ को वापिस कर दूँगा/दूँगी एवं मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही के लिए जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

स्थान.....

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ़ हो तो)

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम-5 (1) के अंतर्गत अभिस्वीकृति का प्रारूप

- पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम एवं पता \_\_\_\_\_
1. आवेदक का नाम एवं पता \_\_\_\_\_
  2. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्राप्त का दिनांक \_\_\_\_\_
  3. सेवा का नाम जिसके लिये आवेदन दिया गया है। \_\_\_\_\_
  4. उन दस्तावेजों का विवरण जो सेवा प्राप्त करने के लिए आवश्यक हैं किन्तु आवेदन के साथ संलग्न नहीं किये गये हैं। \_\_\_\_\_
  5. निश्चित की गई समय-सीमा की आखिरी तारीख \_\_\_\_\_

स्थान .....  
दिनांक.....

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर  
नाम एवं पदनाम (मुद्रा सहित)

नोट- आवेदन के साथ समस्त दस्तावेज प्राप्त न होने की स्थिति में उपरोक्त बिन्दु-5 में उल्लेखित आखिरी तारीख नहीं दी जावेगी।

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम 16 के अंतर्गत  
पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में संधारित की जाने वाली पंजी का प्रारूप

पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम.....  
माह..... वर्ष.....

क्र.	आवेदक का नाम एवं पता	सेवा जिसके आवेदन दिया गया है।	निश्चित की गई समय सीमा की आखिरी तारीख	आवेदन स्वीकृत/निरस्त	पारित आदेश का दिनांक एवं विवरण
1.	2.	3.	4.	5.	6.

कार्यालय सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक,  
जिला ....., मध्यप्रदेश

आवेदक की  
फोटो

विकलांगता प्रमाण-पत्र

क्रमांक-

/2013

दिनांक

/ / 2013

हम जिला मेडिकल बोर्ड, शासकीय जिला चिकित्सालय ..... के सदस्य यह प्रमाणित करते हैं कि हमने श्री/श्रीमति/कुमारी ..... आत्मज/ आत्मजा/ पति/अभिभावक ..... निवासी ..... का परीक्षण किया और पाया कि श्री/श्रीमति/कुमारी ..... निम्नलिखित विकलांगता से पीड़ित हैं:-

विकलांगता का प्रकार	प्रतिशत में	विकलांगता की श्रेणी (माइल्ड / मोडरेट / सीवियर / प्रोफाउन्ड / टोटल)
1. अन्धता (दृष्टि बाधित)		
2. दृष्टि क्षीणता		
3. कुष्ठ रोग		
4. वाक-श्रवण शक्ति हास		
5. चलन निःशक्तता (अस्थि बाधित)		
6. मानसिक मंदता / रुग्णता (रिटार्डेशन)		
7. कारणवश जो अंग आहत हो गया है।		
8. बहुविकलांगता	हाँ / नहीं	

भारत सरकार के समाज कल्याण के गजट नोटिफिकेशन क्रमांक 4.2.83 एच डब्लू, दिनांक 06.08.1986 तथा जून 2011 के अनुसार इसकी विकलांगता का प्रतिशत एवं श्रेणी तालिका अनुसार है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति/कुमारी ..... को जारी यह प्रमाण-पत्र जारी करने की तारीख से पांच वर्ष / स्थाई तक के लिये वैध रहे।

यह प्रमाण-पत्र कोर्ट से संबंधित कार्यों के लिये नहीं है।

सदस्य  
जिला मेडिकल बोर्ड

सदस्य  
जिला मेडिकल बोर्ड

अध्यक्ष  
जिला मेडिकल बोर्ड