



Unique Disability ID

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

म0प्र0 शासन सामाजिक
न्याय निःशक्तजन कल्याण
विभाग



दिव्यांगजनों हेतु पंजीयन फार्म (आवेदन पत्र)

1. व्यक्तिगत जानकारी :

आवेदक का पूरा नाम : _____

प्रथम

मध्य

अंतिम

पिता का नाम : _____

माता का नाम : _____

जन्म तारीख: D D/M M/Y Y Y Y आयु : _ _ मोबाईल नं0: _____

लिंग : पुरुष महिला ट्रांसजेंडर ई-मेल आईडी: _____

पहचान चिन्ह : _____

जाति : सामान्य अ0पि0व0 एस0सी0 एस0टी0 (यदि अ0पि0व0/एस0सी0/एस0टी0 है तो जाति प्रमाण पत्र संलग्न करें)

ब्लड ग्रुप : O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-

विवाह स्थिति : विवाहित अविवाहित विधवा तलाकशुदा परित्यक्ता

पालक/अभिभावक/संरक्षक का नाम : _____ मोबाईल नं0: _____

दिव्यांग से रिश्ता : पिता माता पति पत्नि अंकल आंटी बहन भाई अन्य _____

2. निवास का पता वर्तमान :

पता : _____ पिन कोड : _____

ग्राम / वार्ड _____ ग्राम पंचायत / जोन _____ ब्लॉक _____ तहसील _____

जिला _____

निवास का पता स्थायी पता : _____ पिन कोड : _____

ग्राम / वार्ड : _____ ग्राम पंचायत / जोन : _____ ब्लॉक : _____ तहसील : _____

जिला _____ प्रदेश _____

संलग्न पता प्रमाण पत्र : आधार डाईविंग लाईसेंस बिजली बिल राशन कार्ड वोटर आईडी पैन कार्ड

शैक्षणिक योग्यता: प्राथमिक माध्यमिक हाई स्कूल हाई सेकेण्ड्री डिप्लोमा पीजी डिप्लोमा स्नातक स्नातकोत्तर डॉक्ट्रेट अन्य _____

दिव्यांगता प्रमाण पत्र : हाँ नहीं , यदि हाँ तो क्रमांक: ___ जारी दिनांक : D D/M M/Y Y Y Y दिव्यांगता का प्रतिशत : _ _ %

3. दिव्यांगता का विवरण :

- | | |
|--|---|
| 1. Locomotor Disability गतिविषयक दिव्यांगता <input type="checkbox"/> | 12. Intellectual Disability बौद्धिक दिव्यांगता <input type="checkbox"/> |
| 2. Leprosy Cured Person कुष्ठ रोग मुक्त व्यक्ति <input type="checkbox"/> | 13. Specific Learning Disabilities विनिर्दिष्ट विद्या दिव्यांगताओं <input type="checkbox"/> |
| 3. Cerebral Palsy प्रमस्तिष्क घात <input type="checkbox"/> | 14. Autism Spectrum Disorder स्वपरायणता स्पैक्ट्रम विकार <input type="checkbox"/> |
| 4. Dwarfism बौनापन <input type="checkbox"/> | 15. Mental Illness मानसिक रूग्णता <input type="checkbox"/> |
| 5. Muscular Dystrophy पेशीयदुष्पोषण <input type="checkbox"/> | 16. Multiple Sclerosis बहु स्कलेरोसिक <input type="checkbox"/> |
| 6. Acid Attack Victims तेजाबी आक्रमण पीडित <input type="checkbox"/> | 17. Parkinson's Disease पार्किंसन रोग <input type="checkbox"/> |
| 7. Blindness अंधता <input type="checkbox"/> | 18. Haemophilia हीमोफीलिया / अधि रक्तस्त्राव <input type="checkbox"/> |
| 8. Low-Vision निम्न दृष्टि <input type="checkbox"/> | 19. Thalassemia थेलेसीमिया <input type="checkbox"/> |
| 9. Deaf बधिर <input type="checkbox"/> | 20. Sickle Cell Disease सिक्कल कोशिका रोग <input type="checkbox"/> |
| 10. Hard of Hearing ऊँचा सुनने वाला <input type="checkbox"/> | 21. Multiple Disabilities बहु दिव्यांगता <input type="checkbox"/> |
| 11. Speech and Language Disability वाक् एवं भाषा दिव्यांगता <input type="checkbox"/> | |

दिव्यांगता का प्रकार (हिन्दी / अंग्रेजी में) : _____

(उपरोक्त दिये गये दिव्यांगता का विवरण लिखा जावे)

दिव्यांगता जन्म से : हाँ नहीं दिव्यांगता कब से (दिव्यांगता जन्म से नहीं होने पर भरा जावे) : YYYY (वर्ष में)

फोटोग्राफ पासपोर्ट
साईज

दिव्यांगता का क्षेत्र :

छाती कान सिर पेट गला कंधा नाक
दायी आंख बायी आंख दाएँ हाथ बाएँ हाथ दाएँ पैर बाएँ पैर रक्त

दिव्यांगता का कारण : दुर्घटना जन्मजात अनुवांशिक

4. रोजगार का विवरण :

क्या रोजगार है : हाँ / नहीं * यदि नहीं तो कब से बैरोजगार है : Y Y Y Y

व्यवसाय : शासकीय प्रायवेट अन्य व्यवसाय _____

बीपीएल / एपीएल : BPL APL

व्यक्तिगत आय : 10 हजार से कम 10 हजार से 1 लाख 1 से 5 लाख
पिता की आय : 10 हजार से कम 10 हजार से 1 लाख 1 से 5 लाख
पति / पत्नी की आय : 10 हजार से कम 10 हजार से 1 लाख 1 से 5 लाख

फोटो पहचान प्रमाण पत्र संलग्न करें : ड्राइविंग लाइसेंस राशन कार्ड वोटर आईडी पैन कार्ड आधार कार्ड

पहचान प्रमाण पत्र क्रमांक : _____

आधार कार्ड:

9 अंकों की समय आई डी :

मैं _____ आवेदक/आवेदिका यह घोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी और संक्षिप्त विवरण मेरे अनुसार सही है व उक्त जानकारी को शासन की योजनाओं के क्रियान्वयन हेतु शासन के साथ साझा करने पर अपनी सहमति व्यक्त करता/करती हूँ।

संलग्न : 1.दिव्यांगता प्रमाण-पत्र (यदि उपलब्ध है तो)

दिनांक : D D/M M/Y Y Y Y

आवेदक के हस्ताक्षर /
अंगूठे का निशान

प्रमाणीकरण

(सिविल सर्जन कार्यालय)

क्रमांक:

दिनांक : __ / __ / _____

नाम : _____ पिता/पति का नाम : _____

दिव्यांगता का प्रकार : _____ प्रतिशत : __ % (नम्बर एवं अंकों में)

प्रमाण पत्र की वैधता का प्रकार : स्थायी / अस्थायी (पांच वर्ष के लिए)

उपरोक्तानुसार UDID CARD एवं दिव्यांगता प्रमाण पत्र UDID Portal से GENERATE किया जाये।

सदस्य
जिला मेडिकल बोर्ड
जिला

सदस्य
जिला मेडिकल बोर्ड
जिला

अध्यक्ष / सिविल सर्जन
जिला मेडिकल बोर्ड
जिला