

कर्मचारी चयन आयोग

(पश्चिम क्षेत्र)

महत्वपूर्ण सूचना

सयुक्त स्नातक स्तर परीक्षा (CGL)-2018 के वह उम्मीदवार जो कौशल परीक्षण में उपस्थित होने और DEST से छूट प्राप्त करना चाहते हैं के सूचनार्थ।

सयुक्त स्नातक स्तर परीक्षा (CGL)-2018 के टियर - 3 में सफल आर्थोपेडिक रूप से विकलांग (OH) उम्मीदवार, जो CBDT में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण (DEST) में उपस्थित होने से छूट प्राप्त करना चाहते हैं तो अनुबंध - 1 के अनुसार वचन पत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों की स्कैन प्रतियाँ आयोग की इस ईमेल आयडी - ai2examsscwr@gmail.com पर दिनांत 15/12/2020 तक प्रेषित कर दें।

1. सक्षम मेडिकल अथॉरिटी, अर्थात सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के सिविल सर्जन से निर्धारित प्रारूप (अनुबंध - IX के अनुसार) में कौशल परीक्षण (DEST) में छूट के लिए मेडिकल सर्टिफिकेट।
2. परीक्षा विज्ञप्ति के अनुबंध - (प्रारूप - 2 या प्रारूप - 4 जैसा लागू हो) के अनुसार निर्धारित प्रारूप में अधिसूचित मेडिकल अथॉरिटी द्वारा विकलांगता का प्रमाण - पत्र।

आर्थोपेडिक रूप से उम्मीदवार को CBEC में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण (DEST) के लिए छूट प्राप्त नहीं है। अन्य शारीरिक विकलांगता वाले उम्मीदवारों को भी कौशल परीक्षण (DEST) के लिए छूट प्राप्त नहीं है। किसी भी प्रकार के शारीरिक विकलांगता वाले उम्मीदवार को CPT में किसी भी प्रकार की छूट प्राप्त नहीं है।

वैकल्पिक रूप से, उम्मीदवार कौशल परीक्षण (DEST) से छूट प्राप्त करने के लिए उपरोक्त दस्तावेजों (मूल और फोटोकॉपी) के साथ अपनी कौशल परीक्षण (DEST) की तिथि के दिन कौशल परीक्षण (DEST) के स्थल पर भी केवल CBDT में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण (DEST) में उपस्थित होने से छूट प्राप्त करने हेतु रिपोर्ट कर सकते हैं।

उम्मीदवारों को दस्तावेज सत्यापन के समय इन सभी दस्तावेजों को आयोग के समक्ष मूलरूप से प्रस्तुत करना आवश्यक है। यदि कोई उम्मीदवार दस्तावेज सत्यापन के दौरान उपरोक्त दस्तावेजों की मूल प्रति प्रस्तुत करने में विफल रहता है, तो आयोग इस परीक्षा के लिए ऐसे उम्मीदवार की उम्मीदवारी को रद्द कर देगा और ऐसे उम्मीदवारों का आयोग के फैसले के सम्बन्ध में कोई दावा मान्य नहीं होगा।

क्षेत्रीय निदेशक (पश्चिम क्षेत्र)

मुंबई

वचन-पत्र

मैंरोल नंबर संयुक्त स्नातक स्तरीय परीक्षा (CGL)-2018 का एक उम्मीदवार हूँ और परीक्षा विज्ञापित के पैरा 9.6.1 के अनुसार CBDT में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण (DEST) में उपस्थित होने एवं कौशल परीक्षण (DEST) से छूट का लाभ लेना चाहता हूँ, क्योंकि मैं शारीरिक विकलांगता के कारण टंकण परीक्षा देने में स्थायी रूप से अक्षम हूँ। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रति संलग्न कर रहा हूँ:-

1. सक्षम मेडिकल अथॉरिटी, अर्थात् सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के सिविल सर्जन से निर्धारित प्रारूप (अनुबंध-II के अनुसार) में कौशल परीक्षण (DEST) में छूट के लिए मेडिकल सर्टिफिकेट।
2. परीक्षा विज्ञापित के अनुबंध-VIII (प्रारूप-2 या प्रारूप-4 जैसा लागू हो) के अनुसार निर्धारित प्रारूप में अधिसूचित मेडिकल अथॉरिटी द्वारा विकलांगता का प्रमाण -पत्र।

मैं यह भी वचन देता हूँ कि मैं आयोग के समक्ष दस्तावेज सत्यापन के दौरान इन सभी दस्तावेजों को मूलरूप में प्रस्तुत करूंगा। यदि मैं इनको प्रस्तुत करने में विफल रहता हूँ, तो आयोग इस परीक्षा के लिए मेरी उम्मीदवारी रद्द कर सकता है और आयोग के फैसले के खिलाफ मेरा कोई दावा नहीं होगा।

हस्ताक्षर

अभ्यर्थी का नाम.....

अनुक्रमांक

दिनांक.....

GOVERNMENT OF INDIA

FORM OF MEDICAL CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY THE PHYSICALLY HANDICAPPED CANDIDATES WHO SEEK EXEMPTION FROM APPEARING IN THE TYPEWRITING TEST FOR LOWER DIVISION CLERK.

This is to certify that Sh/Smt/Kum _____ son/daughter/wife of Shri _____ is suffering from _____.

Clinical diagnosis as a result of which he/she has the following disabilities.
(Brief description of his/her disabilities)

Photograph of candidate clearly showing
Face with affected portion of the
body

This is a permanent disability and the extent of his/her disability works to ____% of disability.

This disability is likely to interfere with Typewriting (specify)

Signature of candidate

Signature of Civil Surgeon

Name:

Place:

Official Stamp:

Annexure-VIII (FORM-II)

**DISABILITY CERTIFICATE
(IN CASE OF AMPUTATION OR COMPLETE PERMANENT PARALYSIS OF LIMBS
AND IN CASES OF BLINDNESS)**

(See rule 4)

**(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 _____

Date of Birth _____ Age _____ years, male/Female _____

Registration No. _____ permanent resident of Home No. _____

Ward/Village/Street _____ Post Office _____ District _____

State _____

Whose photograph is affixed above, and am satisfied that :

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- blindness

(Please tick as applicable)

(B) the diagnosis in his/her case _____

(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 Authored Signatory of notified Medical Authority)

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

DISABILITY CERTIFICATE
(In case other than those mentioned in Forms II)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE
CERTIFICATE)
(See rule 4)

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 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) for the disabilities (to be specified) and is shown against the relevant
disability in the table below:-

S.No	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disabilities (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 progress/non progress/likely to improve/not likely to improve.

3. Reassessment of disability is:

(i) not necessary

Or

(ii) is recommended/after _____ years _____ on this, 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, in case the certificates issued by a medical authority who is not a permanent 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

on the District.”