

उत्तर प्रदेश के अन्य पिछड़े वर्ग के लिए जाति प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
सुपुत्र/सुपुत्री.....निवासी.....
तहसील.....नगर.....जिला.....उत्तर प्रदेश
राज्य की.....पिछड़ी जाति के व्यक्ति है। यह जाति उत्तर प्रदेश लोक
सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिए
आरक्षण) अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-एक के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त
है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
पूर्वोक्त अधिनियम 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-दो जैसा कि उ0प्र0 लोक सेवा
(अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिए आरक्षण)
(संशोधन) अधिनियम, 2001 द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है एवं जो उ0प्र0 लोक सेवा
(अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिए आरक्षण)
अधिनियम, 2002 द्वारा संशोधित की गयी है, से आच्छादित नहीं है। इनके माता-पिता
की निरन्तर तीन वर्षों की सकल वार्षिक आय आठ लाख रुपये या इससे अधिक नहीं
है तथा इनके पास धनकर अधिनियम, 1957 में यथाविहित छूट सीमा से अधिक की
सम्पत्ति भी नहीं है।

श्री/श्रीमती/कुमारी.....तथा/अथवा उनका परिवार
उत्तर प्रदेश के ग्राम.....तहसील.....नगर.....
जिला.....में सामान्यतया रहता है।

स्थान
दिनांक
मुहर

हस्ताक्षर.....
पूरा नाम.....
पदनाम.....
जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी
सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट
तहसीलदार

उत्तर प्रदेश अनुसूचित जाति तथा अनुसूचित जनजाति के लिए जाति प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
सुपुत्र/सुपुत्री निवासी.....
ग्राम..... तहसील..... नगर
जिला..... उत्तर प्रदेश राज्य कीजाति के
व्यक्ति हैं जिसे संविधान (अनुसूचित जाति) आदेश, 1950 (जैसा कि समय-समय पर
संशोधित हुआ)/संविधान (अनुसूचित जनजाति, उत्तर प्रदेश) आदेश, 1967 के अनुसार
अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति के रूप में मान्यता दी गयी है।

श्री/श्रीमती/कुमारीतथा/अथवा उनका परिवार
उत्तर प्रदेश के ग्रामतहसील.....नगर.....
जिला..... में सामान्यतया रहता है।

स्थान
दिनांक
मुहर

हस्ताक्षर.....
पूरा नाम
पदनाम

जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी
मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार/
अन्य वेतन भोगी मजिस्ट्रेट, यदि कोई हो/
जिला समाज कल्याण अधिकारी।

CERTIFICATE FOR PHYSICALLY HANDICAPPED OF U.P.

NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL

Certificate No.

Date

DISABILITY CERTIFICATE

Recent photograph
of the candidate
showing the
disability duly
attested by the
Chairperson of the
Medical Board

This is certified that Shri/Smt/Kum.....
son/wife/daughter of Shri..... age.....
sex..... Identification mark (S)..... is suffering from permanent disability of following category:

- A. Locomotor or cerebral palsy:
- (i) BL-Both legs affected but not arms.
 - (ii) BA-Both arms affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (iii) BLA-Both legs and both arms affected
 - (iv) OL-One leg affected (right or left)
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
 - (v) OA-One arm affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
 - (vi) BH-Stiff back and hips (Cannot sit or stoop)
 - (vii) MW-Muscular weakness and limited physical endurance.
- B. Blindness or Low Vision:
- (i) B-Blind
 - (ii) PB-Partially Blind
- C. Hearing Impairment:
- (i) D-Deaf
 - (ii) PD-Partially Deaf
- (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve. Re-assessn of this case is not recommended/isrecommended after a period of.....year.....months.

3. Percentage of disability in his/her case is.....percent.

4. Sh./Smt./Kum.meets the following physical requirements discharge of his/her duties:

- | | |
|--|--------|
| (i) F-can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| (ii) PP-can perform work by pulling and pushing. | Yes/No |
| (iii) L-can perform work by lifting. | Yes/No |
| (iv) KC-can perform work by kneeling and crouching. | Yes/No |
| (v) B-can perform work by bending. | Yes/No |
| (vi) S-can perform work by sitting. | Yes/No |
| (vii) ST-can perform work by standing. | Yes/No |
| (viii) W-can perform work by walking | Yes/No |
| (ix) SE-can perform work by seeing. | Yes/No |
| (x) H-can perform work by hearing/speaking. | Yes/No |
| (xi) RW-can perform work by reading and writing. | Yes/No |

(Dr.)
Member
Medical Board

(Dr.)
Member
Medical Board

(Dr.)
Chairperson
Medical Board

Countersigned by the
Medical Superintendent/
CMO/HQ Hospital
(with seal)

उत्तर प्रदेश लोक सेवा (शारीरिक रूप से विकलांग, स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रितों और भूतपूर्व सैनिकों के लिए आरक्षण) अधिनियम, 1993 (यथासंशोधित) के अनुसार स्वतंत्रता संग्राम सेनानी के आश्रित के प्रमाण-पत्र का प्रपत्र।

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती निवासी
ग्राम-....., तहसील-....., नगर-.....,
जिला-..... उत्तर प्रदेश लोक सेवा (शारीरिक रूप से विकलांग,
स्वतंत्रता संग्राम सेनानियों के आश्रितों और भूतपूर्व सैनिकों के लिए आरक्षण) अधिनियम,
1993 के अनुसार स्वतंत्रता संग्राम सेनानी हैं और श्री/श्रीमती/कुमारी (आश्रित).....
..... पुत्र/पुत्री/पौत्र (पुत्र का पुत्र या पुत्री का पुत्र) तथा पौत्री (पुत्र
की पुत्री या पुत्री की पुत्री) (विवाहित अथवा अविवाहित) उपरांकित अधिनियम, 1993
(यथासंशोधित) के प्राविधानों के अनुसार उक्त श्री/श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी).....
..... के आश्रित हैं।

स्थान :

दिनांक :

हस्ताक्षर

पूरा नाम

पदनाम

मुहर

जिलाधिकारी
(सील)