



बिहार गजट

असाधारण अंक

बिहार सरकार द्वारा प्रकाशित

9 आश्विन 1932 (श0)
(सं0 पटना 690) पटना, शुक्रवार, 1 अक्टूबर 2010

समाज कल्याण विभाग

अधिसूचनाएं
13 मई 2010

सं0-1/सा0सु0-वि0यो0-04/10 स.क.-966—निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 का 1) की धारा-73 की उप-धारा (1) और (2) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, बिहार सरकार बिहार निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) नियमावली, 2004 के संशोधन के लिए निम्नलिखित नियम बनाती है, अर्थात् :

1. (1) इस नियमों का संक्षिप्त नाम बिहार निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) संशोधन नियमावली, 2010 है।

(2) इसका विस्तार संपूर्ण बिहार राज्य में होगा।

(3) यह राजपत्र में इसके प्रकाशन की तारीख से प्रवृत्त होगा।

2. बिहार निःशक्त (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) नियमावली, 2004 में

(I) नियम 2 के स्थान पर निम्नलिखित नियम प्रतिस्थापित किये जाएंगे यथा :—

2. परिभाषाएं —

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

(क) "अधिनियम" से निःशक्त व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी)

अधिनियम, 1995 (1996 का 1) अभिप्रेत है,

(ख) "प्रमाण पत्र" या "निःशक्तता प्रमाण पत्र" से अधिनियम की धारा-2 के खण्ड (न) के अनुसरण में जारी प्रमाण-पत्र अभिप्रेत है,

(ग) "बहुनिःशक्तता" से अधिनियम की धारा-2 के खण्ड (I) में परिभाषित दो या दो से अधिक निःशक्तताओं का संयोजन अभिप्रेत है,

(घ) "प्ररूप" से इन नियमों के परिशिष्ट में दिए गए प्ररूप अभिप्रेत हैं।

(2) ऐसे शब्दों में पदों, जो अधिनियम में परिभाषित है किन्तु इन नियमों में परिभाषित नहीं है, का क्रमशः वही अर्थ होगा जो अधिनियम में है।

(II) अध्याय 2 के स्थान पर निम्नलिखित अध्याय प्रतिस्थापित किया जाएगा :-

अध्याय 2

निःशक्तता प्रमाण-पत्र

3. निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी करने के लिए आवेदन :-

(1) अपने पक्ष में प्रमाण-पत्र प्राप्त करने के इच्छुक निःशक्त व्यक्ति को प्ररूप 1 में (परशिष्ट-1) अपना आवेदन प्रस्तुत करना होगा और इस आवेदन के साथ निम्नलिखित संलग्न करने होंगे :-

(क) निवास-स्थान का प्रमाण, और

(ख) पासपोर्ट आकार के हाल में खींचे गए दो फोटो,

(2) आवेदन निम्नलिखित के समक्ष प्रस्तुत किया जाएगा :-

(I) आवेदक ने अपने आवेदन के साथ जिस निवास स्थान का प्रमाण संलग्न किया है, उस जिले का चिकित्सा प्राधिकारी जो ऐसे प्रमाण-पत्र जारी करने में सक्षम हो।

(II) सरकारी अस्पताल का संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी जहां आवेदक अपनी निःशक्तता के संबंध में उपचार करा रहा हो अथवा कराया हो :

परंतु, यह कि जहां कोई निःशक्त व्यक्ति अवयस्क हो या मानसिक मंदता से पीड़ित हो अथवा ऐसी किसी निःशक्तता से ग्रस्त हो जिसके कारण वह स्वयं ऐसा आवेदन देने में अनुपयुक्त अथवा असमर्थ हो तो उसके विधिक संरक्षक द्वारा उसकी ओर से आवेदन प्रस्तुत किया जा सकता है।

4. निःशक्तता प्रमाण-पत्र को जारी किया जाना :-

(1) नियम 3 के अधीन आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी स्वयं को संतुष्ट करने के पश्चात् कि आवेदक अधिनियम की धारा-2 के उपखण्ड (न) में दी गई परिभाषा के अनुसार निःशक्त व्यक्ति है, तो वह प्ररूप 2, प्ररूप 3 या प्ररूप 4, (परशिष्ट-2) जो भी लागू हो, में निःशक्त व्यक्ति के पक्ष में निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी कर सकता है।

(2) चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तारीख से यथासंभव एक सप्ताह के भीतर प्रमाण-पत्र जारी कर दिया जाएगा किन्तु किसी भी मामले में प्रमाण-पत्र जारी करने में आवेदन प्राप्ति की तारीख से एक माह से अधिक का विलंब नहीं होगा।

(3) सम्यक् जाँच के पश्चात् चिकित्सा प्राधिकारी :-

(I) ऐसे मामले में स्थायी निःशक्तता प्रमाण-पत्र देगा जिनमें निःशक्तता की डिग्री में, समय के साथ, किसी प्रकार के परिवर्तन की संभावना नहीं हो, और

(II) उन मामलों में जहां निःशक्तता की डिग्री में समय के गुजरने के साथ किसी प्रकार के परिवर्तन की संभावना हो, प्रमाण-पत्र में विधिमान्यता की अवधि उपदर्शित करेगा।

(4) यदि आवेदक निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी किए जाने के लिए अपात्र पाया जाता है तो चिकित्सा प्राधिकारी उसका आवेदन निरस्त करने के कारणों को स्पष्ट करेगा और आवेदक को प्ररूप 5 (परशिष्ट-3) में लिखित में उन कारणों की सूचना भी देगा।

(5) मुख्य चिकित्सा अधिकारी को छोड़कर किसी अन्य चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा इन नियमों के अधीन जारी प्रत्येक निःशक्तता प्रमाण-पत्र की प्रति ऐसे चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी को भी साथ-साथ भेजी जाएगी।

निःशक्तता प्रमाण-पत्र जारी करने या जारी करने से इंकार करने के विनिश्चय का पुनरीक्षण :-

(1) निःशक्तता प्रमाण-पत्र के लिए कोई आवेदक जो यथास्थिति, उसको जारी किए गए प्रमाण-पत्र के स्वरूप या उसके पक्ष में ऐसा प्रमाण पत्र जारी करने से इंकार करने से व्यथित हो समुचित सरकार द्वारा इस प्रयोजन के लिए यथाविनिर्दिष्ट चिकित्सा प्राधिकारी के ऐसे विनिश्चय के विरुद्ध अभ्यावेदन कर सकेगा।

परंतु, जहाँ कोई निःशक्त व्यक्ति अवयस्क हो या मानसिक मंदता से पीड़ित हो अथवा ऐसी किसी निःशक्तता से ग्रस्त हो जिसके कारण वह ऐसा आवेदन देने में अनुपयुक्त अथवा असमर्थ हो तो उसकी ओर से आवेदन उसके विधिक संरक्षक द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है।

(2) पुनरीक्षण के आवेदन के साथ प्रमाण-पत्र या उस नामजूरी पत्र की प्रति जिसके विरुद्ध अपील होना हो, संलग्न करना आवश्यक होगा।

(3) पुनरीक्षण के लिए आवेदन प्राप्त होने पर चिकित्सा प्राधिकारी अपीलकर्ता को सुनवाई का अवसर दिए जाने के पश्चात् ऐसे आदेश पारित कर सकता है जैसे वह उचित समझता हो।

(4) जहाँ तक संभव हो, पुनरीक्षण के लिए आवेदन का, आवेदन प्राप्ति की तिथि से एक पखवाड़े के भीतर निपटान कर दिया जाएगा किन्तु किसी भी स्थिति में, आवेदन प्राप्ति की तिथि से एक मास से अधिक का विलंब नहीं होगा।

(5) नियम 5 के अधीन जारी प्रमाण-पत्र को सभी प्रयोजनों के लिए साधारणतः विधिमान्य बनाया जाना-

नियम 5 के अधीन जारी प्रमाण-पत्र, यथास्थिति, ऐसी शर्तों के अधीन रहते हुए जो सुसंगत स्कीमों या सरकार के अनुदेशों, आदि में विनिर्दिष्ट किया जाए, सरकार और सरकार द्वारा वित्तपोषित गैर-सरकारी संगठनों की स्कीमों के अधीन ग्राह्य सुविधाओं रियायतों और फायदों के लिए आवेदन करने का पात्र बनाएगा।

बिहार-राज्यपाल के आदेश से,

विजय कुमार वर्मा,

प्रधान सचिव।

परशिष्ट-I

प्ररूप- I

निःशक्त व्यक्तियों द्वारा निःशक्तता प्रमाण-पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन
(नियम 3 देखिए)

1. नाम.....
(उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)
2. पिता का नाम.....माता का नाम.....
3. जन्म-तिथि...../...../.....
(तिथि) (माह) (वर्ष)
4. आवेदन की तिथि को आयु.....वर्ष
5. लिंगपुरुष/महिला
6. पता.....
- (क) स्थायी पता (ख) वर्तमान पता (पत्राचार आदि के लिए)
- (ग) वर्तमान पते पर कब से रह रहे/रहीं हैं।
पता.....
7. शैक्षिक स्थिति (कृपया जो लागू हो निशान लगाएं)
i. स्नातकोत्तर
ii. स्नातक
iii. डिप्लोमा
iv. हायर सेकेण्डरी
v. हाई स्कूल
vi. मिडिल
vii. प्राइमरी
viii. अनपढ़
8. व्यवसाय.....
9. पहचान के चिन्ह (1).....(2).....
10. निःशक्तता की प्रकृति चलन/श्रवण/दृश्य/मानसिक/अन्य
11. अवधि जब से निःशक्तता आयी जन्म/वर्ष से.....
12. (I) क्या आपने पूर्व में निःशक्तता प्रमाण-पत्र के लिए कभी आवेदन किया है:-
हाँ/नहीं
(I) यदि हाँ, तो व्यौरें:-
(क) किस प्राधिकारी को और किस जिले में आवेदन दिया गया.....
(ख) आवेदन का परिणाम.....
13. क्या पूर्व में आपको कोई निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी किया गया है? यदि हाँ, तो कृपया सही प्रति संलग्न करें।

घोषणा :—घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त कथित सभी विशिष्टियाँ मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और कोई भी तात्त्विक जानकारी छुपाई या मिथ्या कथन नहीं बताई गई है। मैं आगे यह भी कथन करता हूँ 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 उत्तरदायी होऊँगा/होऊँगी।

निःशक्त व्यक्ति या मानसिक मंदता, ऑटिज्म
प्रमस्तिक अंगघात और बहुःनिशक्तता में
उसके/उसकी विधिक संगरक्षक के हस्ताक्षर या
बाएं अंगूठे का निशान

तिथि:—

स्थान:—

संलग्न:-

1. निवास का प्रमाण (कृपया जो लागू हो निशान लगाएं)
(क) राशन कार्ड
(ख) मतदाता पहचान पत्र

- (ग) ड्राइविंग लाइसेंस
 (घ) बैंक पासबुक
 (ङ) पैन कार्ड
 (च) पासपोर्ट
 (छ) आवेदक के पते में उपदर्शित करता टेलिफोन, बिजली, पानी और कोई अन्य उपयोगिता संबंधी बिल
 (ज) पंचायत, नगर पालिका, छावनी बोर्ड, किसी राजपत्रित अधिकारी या संबंधित पटवारी या शासकीय विद्यालय के प्रधान अध्यापक द्वारा जारी निवास प्रमाण पत्र
 (झ) निःशक्त व्यक्ति, निराश्रित, मानसिक मंदता/ रुग्णता इत्यादि के लिए आवासीय संस्था के वासी की दशा में, ऐसे संस्थान के प्रमुख से निवास का प्रमाण-पत्र
 2. हाल ही के पासपोर्ट आकार के दो फोटो

(केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

तिथि:—

स्थान:—

जारी करने वाले प्राधिकारी के
 हस्ताक्षर/मोहर

परशिष्ट-II

प्ररूप- II

निःशक्तता प्रमाण-पत्र

(अंगोच्छेदन या अंगों की पूरी स्थायी अंगघात और अंधापन की दशा में)

(निमय 4 देखिए)

(प्रमाण-पत्र जारी करने संबंधी चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का
पासपोर्ट आकार का सत्यापित
फोटोग्राफ

(केवल चेहरा दिखता हुआ)

प्रमाण-पत्र संख्या

तिथि

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी.....पुत्र/पत्नी/पुत्री
श्री.....जन्म तिथि.....आयु.....वर्ष, पुरुष/महिला.....
रजिस्ट्रेशन नं०.....मकान नं०.....वार्ड/गाँव/गली.....
डाकघर.....जिला.....राज्य.....का स्थाई निवासी जिनकी फोटो उपर
लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि
(क) यह मामला

- चलन संबंधी निःशक्तता
- नेत्रहीनता का है

(कृपया जो लागू हो, उस पर ठीक का निशान लगाएं)

(ख) उनके मामले में निदान.....है।

(ग) उन्हें मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार उनके (शरीर के अंग) के संबंध में.....

.....प्रतिशत (अंक में)प्रतिशत (शब्दों में) स्थाई शारीरिक क्षति/नेत्रहीनता है।

आवेदक ने निवास के सबूत के रूप में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं:-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तिथि	प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की
छाप जिसके पक्ष में निःशक्तता
प्रमाण-पत्र जारी होना है।

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्त्ता का हस्ताक्षर और मुहर)

परशिष्ट-II

प्ररूप- III

प्रमाण पत्र

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(बहुःनिःशक्तता की दशा में)

(प्रमाण-पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)

(निमय 4 देखिए)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का सत्यापित फोटोग्राफ

(केवल चेहरा दिखता हुआ)

प्रमाण-पत्र संख्या

तिथि

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी.....पुत्र/पत्नी/पुत्री

श्री.....जन्म-तिथि.....आयु.....वर्ष, पुरुष/महिला.....

रजिस्ट्रेशन नं०.....मकान नं०.....वार्ड/गाँव/गली.....

डाकघर.....जिला.....राज्य.....का स्थाई निवासी जिनकी फोटो उपर

लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि

(क) यह मामला बहुःनिःशक्तता के लिए है। उनकी स्थाई शारीरिक क्षति/निःशक्तता को निम्नलिखित निःशक्तताओं हेतु मार्गदर्शक सिद्धांतों (विनिर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार मूल्यांकन किया गया है और निम्नलिखित सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है।

क्र०	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक निःशक्तता / मानसिक निःशक्तता (प्रतिशत में)
1	चलन संबंधी निःशक्तता	@		
2	कम दृष्टि	#		
3	दृष्टिहीनता	दोनों आँख		
4	श्रवण क्षति	£		
5	मानसिक मंदता	X		
6	मानसिक रुग्णता	X		

(ख) उपरोक्त के मद्देनजर उनकी समग्र स्थाई शारीरिक क्षति मार्गदर्शक सिद्धांतों (निर्दिष्ट किया जाना है) के अनुसार इस प्रकार है :-

अंकों मेंप्रतिशत

शब्दों में.....प्रतिशत

2. स्थिति वर्धनशील/अवर्धनशील/इसमें सुधार होने की संभावना/सुधार न होने की संभावना है।

3. निःशक्तता का पुनर्मूल्यांकन

(1) आवश्यक नहीं है, या

(2)वर्ष.....मास के पश्चात सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण पत्र.....

.....तक.....विधिमान्य रहेगा

(तिथि) (मास) (वर्ष)

@ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों भुजाएं/पैर

अर्थात् एक आँख/दोनों आँखें

£ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तिथि	प्रमाण-पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा

5. चिकित्सा प्राधिकारी के हस्ताक्षर और मोहर

सदस्य का नाम और मोहर

सदस्य का नाम और मोहर

अध्यक्ष का नाम और मोहर

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

परशिष्ट-II

प्ररूप- IV

निःशक्तता प्रमाण पत्र

(प्ररूप-2 और प्ररूप-3 में उल्लिखित मामलों के अतिरिक्त)
(प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता)
(निमय 4 देखिए)

निःशक्त व्यक्ति का हाल ही का पासपोर्ट आकार का सत्यापित फोटोग्राफ

(केवल चेहरा दिखता हुआ)

प्रमाण-पत्र संख्या

तिथि

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी.....पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री.....जन्म-तिथि.....आयु.....वर्ष, पुरुष/महिला.....रजिस्ट्रेशन नं०.....मकान नं०.....वार्ड/गाँव/गली.....डाकघर.....जिला.....राज्य.....का स्थाई निवासी जिनकी फोटो उपर लगी हुई है की सावधानीपूर्वक जाँच कर ली है और मैं संतुष्ट हूँ कि यह.....निःशक्तता का मामला है। इसकी शारीरिक क्षति/निःशक्तता का मूल्यांकन मार्गदर्शक सिद्धांतों के अनुरार (विनिर्दिष्ट किया जाना है) किया गया है तथा यह निम्नलिखित सारणी में निःशक्तता के सामने दर्शाया गया है।

क्र०	निःशक्तता	शरीर का प्रभावित अंग	निदान	स्थायी शारीरिक निःशक्तता / मानसिक निःशक्तता (प्रतिशत में)
1	चलन संबंधी निःशक्तता	@		
2	कम दृष्टि	#		
3	दृष्टिहीनता	दोनों आँखें		
4	श्रवण क्षति	£		
5	मानसिक मंदता	X		
6	मानसिक रुग्णता	X		

जो लागू न हो उसे काट दें।

2. उपरोक्त स्थिति वर्धनशील/अवर्धनशील है इसमें सुधार होने की संभावना/सुधार न होने की संभावना है।

3. निःशक्तता का पुनर्मूल्यांकन की

- (1) आवश्यक नहीं है, या
(2)वर्ष.....मास के पश्चात सिफारिश की जाती है और इसलिए यह प्रमाण-पत्र.....
.....तक.....विधिमाम्य रहेगा।

@ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों भुजाएं/पैर

अर्थात् एक आँख/दोनों आँखें

£ अर्थात् बायां/दाहिना/दोनों कान

4. आवेदक ने निवास के सबूत प्रमाण के रूप में निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किए हैं :-

दस्तावेज की प्रकृति	जारी होने की तिथि	प्रमाण पत्र जारी करने वाले प्राधिकारी का ब्यौरा

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत
हस्ताक्षर)

(नाम और मोहर)

प्रति हस्ताक्षर

(चिकित्सा प्राधिकारी, जो सरकारी सेवक नहीं है,
वे द्वारा जारी प्रमाण-पत्र की दशा में,
मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा
अधीक्षक/सरकारी

अस्पताल के प्रधान का प्रतिहस्ताक्षर और मोहर)

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 सरकारी सेवा में नहीं है, के द्वारा जारी किया जाता है तो यह विधिमान्य तभी होगा जब इस पर जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो।

टिप्पणी :- मूल नियम भारत के राजपत्र में अधिसूचना सं०.का.अ. 908 (अ), तिथि 31 दिसम्बर, 1996 द्वारा प्रकाशित किया गया था।

परशिष्ट—III

प्ररूप— V

निःशक्तता प्रमाण—पत्र के आवेदन को अस्वीकृत करने की सूचना
(नियम 4 देखिए)

सं०.....

तिथि.....

सेवा में,

निःशक्तता प्रमाण—पत्र के लिए आवेदन
करने वाले का नाम और पता

विषय:—निःशक्तता प्रमाण—पत्र के आवेदन को अस्वीकार करना।

महोदय/महोदया,

कृपया निम्नलिखित निःशक्तता के लिए निःशक्तता प्रमाण पत्र जारी करने के लिए तिथि.....के
अपने आवेदन के संदर्भ में.....

2. उपरोक्त आवेदन के अनुसरण में, आपकी जांच अघोहस्ताक्षरी/मेडिकल बोर्ड द्वारा तिथि.....को
की गई और मुझे यह सूचित करते हुए खेद है कि निम्नलिखित कारणों से आपके पक्ष में निःशक्तता प्रमाण—पत्र
जारी करना संभव नहीं है:—

(1)

(2)

(3)

3. यदि आप अपने आवेदन को अस्वीकार किए जाने से व्यथित हैं तो आप.....को इस विनिश्चय की समीक्षा
करने के लिए अभ्यावेदन कर सकते हैं।

(अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी के प्राधिकृत
हस्ताक्षर)
(नाम और मोहर)

The 13th September 2010

No.-1/Sa.Su.Vi.Yo-04/10 S.W.-966—In exercise of the powers conferred by sub-sections (1) and (2) of Section 73 of the Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Act, 1995 (1 of 1996), the Government of Bihar hereby makes the following rules to amend the Bihar Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Rules, 2004, namely:—

1. (1) These rules may be called the Bihar Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Amendment Rules, 2010.

(2) It shall extend to the whole of the state of Bihar.

(3) They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazettee.

2. In Bihar Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Rules, 2004.

(i) for rule 2, the following rule shall be substituted, namely :-

2. *Definitions :-*

(1) In these rules unless the context otherwise requires –

(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) "Multiple Disabilities" means a combination of two or more disabilities as defined in clause (i) of Section 2 of the Act.

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

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

(ii) 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, (Appendix-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 –

(i) 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

(ii) 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 sub-clause (t) of Section 2 of the Act, issue a disability certificate in his favour in Form II, Form III or Form IV (Appendix-II) 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) That medical authority shall, after due examination –

- (i) give a permanent disability certificate in cases where there are no chances of variation, in the degree of disability and
- (ii) 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 (Appendix-III).

(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 issuance 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."

By order of the Governor of Bihar,
VIJAY KUMAR VERMA,
Principal Secretary.

Appendix-I

Form - I

**APPLICATION FOR OBTAINING DISABILITY CERTIFICATE BY PERSONS
WITH DISABILITIES
(See rule 3)**

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 :

Encl. :

1. 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 or 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 Govt. 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.

2. Two recent passport size photographs

.....
(For office use only)

Date :

Place :

Signature of issuing authority.

Stamp

Appendix-II

Form - II

Disability Certificate(In cases 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)

Certificate No. :

Date :

Recent Passport
Size Attested
Photograph
(Showing face
only) of the
person with
disabilityThis is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum.
son/wife/daughter of ShriDate of Birth Age years, male / female
(DD / MM / YY)Registration No. permanent resident of House 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 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 / Thumb
impression of the
person in whose
favour disability
certificate is
issued.(Signature and Seal of Authorised Signatory of
notified Medical Authority)

Appendix-II
Form - III

Disability Certificate
(In cases of multiple disabilities)
(See rule 4)

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

Certificate No. :

Date :

Recent Passport
Size Attested
Photograph
(Showing face
only) of the
person with
disability

This is to certify that we have carefully examined Shri/Smt./Kum.
son/wife/daughter of Shri
Date of Birth Age years, male / female
(DD / MM / YY)

Registration No. permanent resident of House No. Ward /
Village / Street Post Office District
..... State whose photograph is affixed above, and am 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 show 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 :- percent

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 year 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

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

Appendix-II
Form - IV

Disability Certificate
(In cases other than those mentioned in Forms II and III)
(See rule 4)

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

Certificate No. :

Date :

Recent Passport
Size Attested
Photograph
(Showing face
only) of the
person with
disability

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum.
son/wife/daughter of Shri
Date of Birth Age years, male / female
(DD / MM / YY)

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) 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 year 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

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

{Countersignature and seal of
the CMO/Medical
Superintendent / Head of
Government Hospital, in case
the certificate is issued by a
medical authority who is not a
government servant (with seal)}

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."

Appendix-III
Form - V

(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)

अधीक्षक, सचिवालय मुद्रणालय,
बिहार, पटना द्वारा प्रकाशित एवं मुद्रित।
बिहार गजट (असाधारण) 690-571+5000-डी0टी0पी0।
Website: <http://egazette.bih.nic.in>