

R. C. / S. T. C.

अखिल भारतीय भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास संस्थान, मुंबई - ४०० ०३४.  
All INDIA INSTITUTE OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION,  
MUMBAI 400 034.

भारत सरकार स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय  
Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India

विकलांगता प्रमाण-पत्र

DISABILITY CERTIFICATE

TEMPORARY/  
PERMANENT

पुनर्वास नं.

Rehab. No.

वि. प्र. नं.

No 007813

D. C./G

जारी करने की तारीख

Date of issue :

22/6/2000

प्रमाणित किया जाता है कि श्री./श्रीमती/कु.

This is to certify that Mr./Mrs./Kum.

इस संस्था में दिनांक 22/6/2000

Khashti Anandsingh Harariya.

का

Age 15yrs Sex F

was evaluated in this Institute on \_\_\_\_\_ for disability percentage.

वह पीडीत है।

He/She is suffering from

पोलियो के बाद बचा हुआ स्तम्भ रोग

Post Polio residual paralysis

जन्मजात विषमता

Congenital anomaly

मस्तिष्क संस्तम्भ प्रकार

Cerebral palsy

पक्षाघात/अधराघात

Hemiplegia/Paraplegia

छिन्नांग प्रकार

Amputation

अन्य

Others

उनकी विकलांगता ४० चालीस/५० पचास/६० साठ प्रतिशत से अधिक है/चालीस प्रतिशत से कम है।

His/Her disability, exceeds 40 Forty/50 Fifty/60 Sixty percent/Less than Forty Percent.

वह परिवर्तित \_\_\_\_\_ चला सकता/सकती है/नहीं।

He/She is fit/not fit to drive \_\_\_\_\_

modification

शारीरिक अपंगों के विकलांगता प्रतिशत के अनुसार चालीस प्रतिशत से अधिक हो तो वह विकलांगता प्रतिशत के अनुसार देय सभी भत्तों एवं रियायतों का हकदार है। चिकित्सा संबंधी कानूनी मामले में मान्य नहीं।

He/She is entitled for all allowances and concessions as per their Percentage of disability for physically handicapped, if the disability Exceeds 40%. Not valid For Medical Legal Cases.

\* रोगी के हस्ताक्षर

Sig. of Patient

\* अवयस्क हो तो नाम एवं पता सहित माता-पिता

अथवा संरक्षक हस्ताक्षर।

\* in case of minors, signature of parents of guardian along with name and address.

All-India Institute of Physical  
Medicine (Seal) Rehabilitation  
BOMBAY-400 034

निदेशक / उपनिदेशक  
Director/Dy. Dir.