रजिस्ट्री सं. डी.एल.- 33004/99 REGD. No. D. L.-33004/99

भारत का राजपत्र
The Gazette of India

सी.जी.-डी.एल.-अ.-22102024-258124
CG-DL-E-22102024-258124

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग II—खण्ड 3—उप-खण्ड (i)
PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 593] नई दिल्ली शुक्रवार, अक्तूबर 18, 2024/ आश्विन 26, 1946
No. 593] NEW DELHI, FRIDAY, OCTOBER 18, 2024/ ASHVINA 26, 1946

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय

(दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग)

अधिसूचना

नई दिल्ली, 16 अक्तूबर, 2024

सा. का. नि. 649(अ).—जबकि भारत के राजपत्र, असाधारण, भाग-II, खंड 3, उप-खंड (i) में प्रकाशित दिनांक 29 जुलाई, 2024 की अधिसूचना संख्या. सा.का.नि 455 (अ.) के माध्यम से, दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (2016 का 49) की धारा 100 की उप-धारा (1) और (2) द्वारा यथा अधिदेशित, दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 में संशोधन के लिए कतिपय नियमों का एक मसौदा प्रकाशित किया गया था, जिसमें उक्त अधिसूचना वाली आधिकारिक राजपत्र की प्रतियां जनता को जिस तारीख से उपलब्ध कराई गई थी, उस तारीख से तीस दिनों की समाप्ति से पहले, इससे प्रभावित होने की संभावना वाली आम जनता और व्यक्तियों से आपत्तियां और सुझाव आमंत्रित किए गए थे ।

और जबकि, उक्त अधिसूचना वाली आधिकारिक राजपत्र की प्रतियां 29 जुलाई, 2024 को जनता के लिए उपलब्ध कराई गई थी;

और जबकि जनता से प्राप्त आपत्तियों और सुझावों पर केंद्र सरकार द्वारा विचार किया गया है ;

अत: अब, दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (2016 का 49) की धारा 100 की उप-धारा (1) और (2) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, केंद्र सरकार दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 में आगे और संशोधन करने के लिए एतदद्वारा निम्नलिखित नियम बनाती है, अर्थात्:-

(1) इन नियमों को दिव्यांगजन अधिकार (संशोधन) नियमावली, 2024 कहा जाएगा ।

(2) ये आधिकारिक राजपत्र में अपने प्रकाशन की तारीख से लागू होंगे।

2. दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 में (इसमें इसके बाद उक्त नियमावली कहा जाएगा), नियम 17 हेतु निम्नलिखित नियम प्रतिस्थापित किया जाएगा, अर्थात् :-

"<u>17. दिव्यांगता प्रमाण पत्र और यूडीआईडी कार्ड के लिए आवेदन</u> - (1) विनिर्दिष्ट दिव्यांगता ग्रस्त कोई भी व्यक्ति दिव्यांगता प्रमाण पत्र / विशिष्ट दिव्यांगता पहचान पत्र (यूडीआईडी) के लिए प्रपत्र-IV में आवेदन कर सकता है और आवेदन को यूडीआईडी पोर्टल के माध्यम से निम्नलिखित को जमा कर सकता है:

क) आवेदन पत्र में निवास के प्रमाण में उल्लेख किए गए अनुसार आवेदक के निवास के जिले में ऐसा प्रमाण पत्र जारी करने के लिए चिकित्सा प्राधिकारी या किसी अन्य अधिसूचित सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी; अथवा

(ख) अस्पताल में संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी, जहां वह अपनी दिव्यांगता के संबंध में इलाज करा रहा हो या इलाज कराया हो :

बशर्ते कि जहां कोई दिव्यांग व्यक्ति अवयस्क है या बौद्धिक दिव्यांगता या किसी ऐसी अन्य दिव्यांगता से पीड़ित है जो उसे स्वयं ऐसा आवेदन करने के लिए अनुपयुक्त या असमर्थ बनाता है, तो ऐसे मामले में उसकी ओर से आवेदन उसके विधिक अभिभावक द्वारा या इस अधिनियम के अधीन पंजीकृत किसी ऐसे संगठन, जिसकी देखरेख में अवयस्क है, द्वारा किया जा सकता है।

(2) आवेदन के साथ निम्नलिखित संलग्न होगा -

(क) पहचान प्रमाणपत्र ;

(ख) हाल ही का फोटोग्राफ, जो छः माह से पुराना न हो;

(ग) निवास का प्रमाण; और

(घ) आधार संख्या या आधार नामांकन संख्या ।

नोट: यदि पहचान के प्रमाणपत्र के रूप में आधार कार्ड जमा किया गया है, और यदि उस आधार कार्ड में उसी निवास स्थान का पता है तो निवास स्थल के पते के प्रमाण हेतु किसी भी अतिरिक्त दस्तावेज की आवश्यकता नहीं होगी।"

उक्त नियमावली में, नियम 18 हेतु , निम्नलिखित नियम प्रतिस्थापित किया जाएगा, अर्थात्:-

"<u>18 दिव्यांगता प्रमाण पत्र/युडीआईडी कार्ड जारी करना –</u> (1) नियम 17 के तहत आवेदन प्राप्त होने पर, चिकित्सा प्राधिकारी या कोई अन्य अधिसूचित सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी, आवेदक द्वारा प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करेगा और केंद्र सरकार द्वारा जारी प्रासंगिक दिशानिर्देशों के संदर्भ में दिव्यांगता का आकलन करेगा और स्वयं को संतुष्ट करने के बाद कि आवेदक दिव्यांग व्यक्ति है, उसके लिए प्रपत्र V और VI में दिव्यांगता प्रमाण पत्र और प्रपत्र VII में तीन रंगों के कोडेड यूडीआईडी कार्ड में से एक रंग का कार्ड, जैसा भी मामला हो, जारी करेगा । दिव्यांगता की गंभीरता के आधार पर तीन रंगों के कार्ड में से किसी एक रंग का यूडीआईडी कार्ड जारी किया जाएगा :-

क. **सफेद पट्टी वाला कार्ड**: जब दिव्यांग व्यक्ति की दिव्यांगता का प्रतिशत चालीस प्रतिशत से कम हो।

ख. **पीली पट्टी वाला कार्ड**: जब दिव्यांग व्यक्ति की दिव्यांगता का प्रतिशत चालीस प्रतिशत या उससे अधिक हो किंतु अस्सी प्रतिशत से कम हो।

ग. **नीली पट्टी वाला कार्ड**: जब दिव्यांग व्यक्ति की दिव्यांगता का प्रतिशत अस्सी प्रतिशत या उससे अधिक हो।

(2) चिकित्सा प्राधिकारी किसी भी दिव्यांगता का निदान होने पर तीन महीने के अंदर दिव्यांगता प्रमाण पत्र और यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा।.

(3) आवेदक के आवेदन पर दो वर्ष से अधिक की अवधि होने पर भी यदि किसी ऐसे कारण से, जिसे संबंधित चिकित्सा प्राधिकारी निश्चित न कर सके, चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा कोई निर्णय नहीं लिया जाता है, तो ऐसे आवेदन को निष्क्रिय कर दिया जाएगा, और उस आवेदक को पोर्टल पर नए सिरे से आवेदन करने या उस लंबित आवेदन को पुन: सक्रिय बनाने के लिए चिकित्सा प्राधिकारी से संपर्क करने की आवश्यकता होगी ।

(4) चिकित्सा प्राधिकारी, विधिवत जांच के बाद -

(i) दिव्यांगता की अवस्था में समय के साथ सुधार होने की कोई संभावना ना होने के मामले में, स्थायी दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा; अथवा

(ii) दिव्यांगता की अवस्था में समय के साथ सुधार होने की कोई संभावना होने के मामले में, वैधता की अवधि इंगित करते हुए दिव्यांगता प्रमाण पत्र / यूडीआईडी कार्ड जारी करेगा ।

(5) विशेषज्ञ या चिकित्सा बोर्ड, जैसा भी मामला हो, के आकलन के बाद, यदि कोई, आवेदक दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड प्राप्त करने के लिए पात्र नहीं पाया जाता है, तो चिकित्सा प्राधिकारी ऐसे अस्वीकरण करने की तारीख से एक महीने की अवधि के अंदर, ऑनलाइन प्लेटफार्म के माध्यम से, प्रपत्र VIII में लिखित रूप में उसे कारणों सहित सूचित करेगा। व्यथित आवेदक आरपीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 की धारा 59 (1) के तहत निर्धारित प्रक्रिया का प्रयोग करते हुए ऐसे अस्वीकरण के नब्बे दिनों के अंदर अपील दायर कर सकता है।

(6) राज्य सरकार और संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन यह सुनिश्चित करेगा कि दिव्यांगता प्रमाण पत्र / यूडीआईडी कार्ड केंद्र सरकार द्वारा यथा अधिसूचित ऑनलाइन प्लेटफॉर्म के माध्यम से प्रदान किया जाए।"

[फा.सं. पी-13013/50/2024-यूडीआईडी/आईटी/सांख्यिकी]

राजीव शर्मा, संयुक्त सचिव

नोट:- दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 भारत के राजपत्र, असाधारण, भाग II, खंड 3, उप-खंड (i) में अधिसूचना संख्या सा.का.नि. 591 (अ.), दिनांक 15 जून, 2017 के माध्यम से प्रकाशित की गई थी और उसे पिछली बार सा.का.नि. 361 (अ.), दिनांक 2 जुलाई, 2024 द्वारा संशोधित किया गया था ।

प्रपत्र- IV

आवेदक द्वारा दिव्यांगता प्रमाणपत्र/विशिष्ट दिव्यांगता पहचान (यूडीआईडी) पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन

[नियम 17(1) देखें]

1. **व्यक्तिगत विवरण:**

आवेदक की हाल ही की पासपोर्ट आकार की तस्वीर (जिसमें केवल चेहरा दिख रहा हो)

क. आवेदक का पूरा नाम: ________________

ख. लिंग (पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर): ________________

ग. जन्म तिथि: DD/MM/YYYY

घ. मोबाइल नंबर (केवल 10 अंक): ________________

ङ. ईमेल आईडी (वैकल्पिक) : ________________

च. आवेदक के पिता/माता/अभिभावक का नाम: ____________________

छ. पिता/माता/अभिभावक का संपर्क नंबर ____________________

ज. अभिभावक के मामले में, आवेदक के साथ अभिभावक का संबंध : ________________

2. **पहचान का प्रमाण:**

(क) आवेदक का आधार नंबर : __________________

(ख) मैं सरकारी विभाग के साथ अपनी आधार कार्ड की जानकारी साझा करने के लिए सहमत हूं:

(आधार कार्ड नहीं होने की स्थिति में कृपया इस प्रपत्र के अंत में दिए नोट को देखें।)

3. **पते का प्रमाण:**

(क) पता: __________________

(ख) राज्य/संघ राज्य क्षेत्र: __________________

(ग) जिला: ____________________

(घ) उप जिला: ____________________

(ङ) गांव/नगर (वैकल्पिक): ____________________

(च) पिन कोड: ____________________

(छ) पते के प्रमाण के लिए दस्तावेज़ की प्रकृति (कृपया यथा लागू सही (✓) का निशान लगाएं):

i. आधार कार्ड

ii. भारतीय पासपोर्ट

iii. राशन/सार्वजनिक वितरण प्रणाली फोटोग्राफ कार्ड या ई-राशन कार्ड

iv. मतदाता पहचान पत्र या ई-मतदाता पहचान पत्र

v. दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 के तहत जारी दिव्यांगता प्रमाण पत्र

vi. केंद्र सरकार/राज्य सरकार द्वारा जारी फोटो पहचान पत्र या फोटो सहित प्रमाण पत्र जैसे भामाशाह, अधिवास प्रमाण पत्र, निवासी प्रमाण पत्र, जन-आधार, मनरेगा / नरेगा जॉब कार्ड, श्रमिक कार्ड आदि।

vii. केंद्र/राज्य सरकार द्वारा जारी एसटी/एससी/ओबीसी प्रमाण पत्र

viii. ट्रांसजेंडर व्यक्ति अधिनियम, 2019 के तहत जारी ट्रांसजेंडर पहचान पत्र या प्रमाण पत्र

ix. सांसद या विधायक या विधान परिषद के सदस्य या नगर पार्षद द्वारा जारी प्रमाण पत्र

x. केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र आदि।

xi. अधीक्षक या वार्डन या मैट्रन या मान्यता प्राप्त आश्रय या गृह या अनाथालयों की संस्था के प्रमुख द्वारा जारी प्रमाण पत्र (केवल संबंधित आश्रय गृह या अनाथालय के बच्चों के लिए)

xii. ग्राम पंचायत प्रधान या अध्यक्ष या मुखिया या गांव बूरा या पंचायत सचिव आदि द्वारा जारी प्रमाण पत्र

xiii. बिजली बिल (लेकिन तीन महीने से अधिक पुराना न हो)

xiv. पानी का बिल (लेकिन तीन महीने से अधिक पुराना न हो)

xv. टेलीफोन लैंडलाइन बिल या पोस्टपेड मोबाइल बिल/ब्रॉडबैंड बिल (लेकिन तीन महीने से अधिक पुराना न हो)

xvi. वैध पंजीकृत बिक्री समझौता या रजिस्ट्रार कार्यालय में पंजीकृत गिफ्ट डीड या पंजीकृत या गैर पंजीकृत किराया

xvii. पट्टे के आधार पर करार या लीव एंड लाइसेंस एग्रीमेंट

xviii. गैस कनेक्शन बिल (लेकिन तीन महीने से अधिक पुराना न हो)

xix. केंद्र सरकार या राज्य सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम या नियामक निकायों या वैधानिक निकायों (एक वर्ष से अधिक पुराना न हो) द्वारा जारी आवास का आवंटन पत्र

xx. जीवन या चिकित्सा बीमा पॉलिसी (पॉलिसी जारी होने की तारीख से एक वर्ष तक वैध हो) ।

4. **दिव्यांगता का विवरण:**

(क) दिव्यांगता का प्रकार (कृपया यथा लागू सही (✓) का निशान लगाएं):

(i) एसिड अटैक पीड़ित

(ii) ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार

(iii) दृष्टिहीन

(iv) प्रमस्तिष्क घात

(v) चिरकालिक तंत्रिका दशाएं

(vi) बौनापन

(vii) श्रवण बाधित

(viii) हीमोफीलिया

(ix) बौद्धिक दिव्यांगता

(x) कुष्ठ रोग उपचारित

(xi) गतिविषयक दिव्यांगता

(xii) निम्न दृष्टि

(xiii) मानसिक रूग्णता

(xiv) मल्टिपल स्क्लेरोसिस

(xv) मांसपेशीय दुर्विकास

(xvi) पार्किंसन्स डिज़ीज़

(xvii) सिकल शैल रोग

(xviii) विनिर्दिष्ट सीख दिव्यांगता

(xix) वाक् और भाषा दिव्यांगता

(xx) थैलेसीमिया

(xxi) बहु दिव्यांगता *

(*नोट: बहु दिव्यांगता के मामले में, कृपया ऊपर सूचीबद्ध 20 दिव्यांगताओं में से 2 या अधिक चुनें।)

(ख) दिव्यांगता के कारण:

(i) दुर्घटना

(ii) जन्मजात

(iii) रोग

(iv) आनुवंशिक

(v) संक्रमण

(vi) दवाई

(vii) कोई अन्य

(ग) अवधि जिसके बाद से अक्षम हुए: जन्म से या________________ वर्ष से ।

(घ) क्या आपके पास पुराना (मैनुअल) दिव्यांगता प्रमाणपत्र है (हां/नहीं): ________________

यदि हां, तो नीचे दिए गए विवरण के साथ दिव्यांगता प्रमाण पत्र की स्कैन की गई प्रति अपलोड की जानी है

i) प्रमाणपत्र संख्या

ii) जारी करने की तिथि

iii) जारीकर्ता चिकित्सा प्राधिकारी का विवरण

5. **विशिष्ट दिव्यांगता पहचान पत्र/दिव्यांगता प्रमाण पत्र के मूल्यांकन/जारी करने के लिए अस्पताल का उल्लेख करें:**

क्या जिस अस्पताल में आप इलाज करा रहे हैं वो किसी अन्य राज्य या जिले में है (हां/नहीं): ____________

जी हां,

(क) जिस अस्पताल में मैं इलाज करा रहा/रही हूं, वह ____________ राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में है।

(ख) जिस अस्पताल में मैं इलाज करा रहा/रही हूं, वह ____________ जिले में है।

(ग) अस्पताल का नाम : ____________

यदि नहीं, तो अपने अधिवास जिले से अस्पताल को चुनें

अस्पताल का नाम: ____________

घोषणा: मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूं कि ऊपर बताए गए सभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं, और कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छिपाई या गलत नहीं बताई गई है। मैं घोषणा करता/करती हूं कि यदि आवेदन में किसी भी अशुद्धि का पता चलता है, तो मैं कानून के अनुसार प्राप्त किसी भी लाभ को जब्त करने और अन्य कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होऊंगा/होऊंगी।

____

(बौद्धिक दिव्यांगता, ऑटिज्म, प्रमस्तिष्क घात और बहु दिव्यांगता वाले व्यक्तियों आदि के मामले में दिव्यांगजन, या उसके कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप)

दिनांक:

स्थान:

संलग्नक:

1. पहचान का प्रमाण- आधार कार्ड (यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं है तो कृपया इस प्रपत्र के अंत में दिया नोट देखें।)

2. पते का प्रमाण (जैसा कि ऊपर पैरा 3 (छ) में दर्शाया गया है) यदि यह आधार के अलावा अन्य है।

नोट (पैरा 2 के संदर्भ में: पहचान का प्रमाण):

यदि आवेदक ने आधार के लिए नामांकन किया है, लेकिन उसे अब तक आधार नंबर नहीं मिला है, तो अपने आधार नामांकन नंबर ____________ का उल्लेख करें और निम्नलिखित दस्तावेज़ों में से किसी एक दस्तावेज सहित आधार नामांकन पर्ची संलग्न या अपलोड करें, अर्थात्:-

I. बैंक या पोस्ट ऑफिस पासबुक उस पर फोटो सहित; या

II. स्थायी खाता संख्या (पैन) कार्ड; या

III. पासपोर्ट; या

IV. राशन कार्ड; या

V. मतदाता पहचान पत्र; या

VI. महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम कार्ड; या

VII. किसान फोटो पासबुक; या

VIII. मोटर वाहन अधिनियम, 1988 (1988 का 59) के तहत लाइसेंसिंग प्राधिकारी द्वारा जारी ड्राइविंग लाइसेंस; या

IX. ऐसे व्यक्ति की फोटोयुक्त पहचान का प्रमाण पत्र जिसे राजपत्रित अधिकारी या तहसीलदार द्वारा आधिकारिक लेटर हेड पर जारी किया गया हो; या

X. विभाग द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज;

भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का लोगो (प्रतीक चिह्न)

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

फार्म-V

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(एकल दिव्यांगता के मामले में)

[नियम 18(1) देखें]

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

दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

प्रमाण पत्र/यूडीआई नं. जारी करने की तिथि:

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने/हमने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/अभिभावक<पिता/माता/संरक्षक का नाम>, जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष), लिंग <पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर>, पंजीकरण संख्या <यूडीआईडी नामांकन संख्या> दिव्यांगजन का पता> का निवासी जिसकी फोटो ऊपर चिपकी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और मैं संतुष्ट हूँ कि:

(क) उक्त व्यक्ति (निम्नलिखित दिव्यांगताओं में से किसी एक) से ग्रसित है:

i. गतिविषयक दिव्यांगता

ii. मांसपेशीय दुर्विकास

iii. कुष्ठ रोग उपचारित

iv. बौनापन

v. प्रमस्तिष्क घात

vi. एसिड अटैक पीड़ित

vii. निम्न दृष्टि

viii. दृष्टिबाधिता

ix. श्रवण बाधिता

x. वाक् और भाषा दिव्यांगता

xi. बौद्धिक दिव्यांगता

xii. विनिर्दिष्ट सीख दिव्यांगता

xiii. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार

xiv. मानसिक रूग्णता

xv. चिरकालिक तंत्रिका दशाएं

xvi. मल्टिपल स्क्लेरोसिस

xvii. पार्किंसंस रोग

xviii. हीमोफीलिया

xix. थैलेसीमिया

xx. सिकल सैल रोग

(ख) शरीर के प्रभावित हुए अंग का नाम:

(ग) उसके मामले में मूल्यांकन यह है ______________

(घ) व्यक्ति में __________% (आंकड़ों में) _______________ प्रतिशत (शब्दों में) दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति {स्थायी/अस्थायी और (दिन/माह/वर्ष) तक वैध} है, जैसा कि भारत सरकार द्वारा जारी <अधिसूचना संख्या> दिनांक (दिन/माह/वर्ष) के तहत दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 के तहत शामिल व्यक्ति में विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का दिशानिर्देशों के अनुसार आकलन करने के उद्देश्य से है।

दिव्यांगजन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान:

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्य (सदस्यों) के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	**दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार** का लोगो (प्रतीक चिह्न)	**संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र** का लोगो (प्रतीक चिह्न)

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

फार्म-VI

दिव्यांगता प्रमाण पत्र

(बहु दिव्यांगता के मामले में)

[नियम 18(1) देखें]

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

दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

प्रमाण पत्र /यूडीआईडी नं. जारी करने की तिथि:

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/अभिभावक <पिता/माता/संरक्षक का नाम>, जन्म तिथि (दिनांक/माह/वर्ष), लिंग <पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर>, पंजीकरण संख्या <यूडीआईडी नामांकन संख्या> <दिव्यांगजन का पता> का निवासी जिसकी फोटो ऊपर चिपकी हुई है, की सावधानीपूर्वक जांच की है और हम संतुष्ट हैं कि:

क. वह **बहु दिव्यांगता** से ग्रस्त है। इनकी शारीरिक दिव्यांगता/दिव्यांगता की सीमा का मूल्यांकन भारत सरकार द्वारा अधिसूचित दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 के तहत शामिल व्यक्ति में विनिर्दिष्ट दिव्यांगता की सीमा का आकलन दिशानिर्देशों के अनुसार करने के उद्देश्य से किया गया है, जिसे नीचे दी गई दिव्यांगताओं के लिए <अधिसूचना संख्या> दिनांक (दिन/माह/वर्ष) के माध्यम से अधिसूचित किया गया है:

क्र.सं.	दिव्यांगता	शरीर के प्रभावित अंग का नाम	निदान	दिव्यांगता का प्रतिशत
1.	गतिविषयक दिव्यांगताएं			
2.	मांसपेशीय दुर्विकास			
3.	कुष्ठ रोग उपचारित			
4.	बौनापन			
5.	प्रमस्तिष्क घात (सेरेब्रल पाल्सी)			
6.	एसिड अटैक पीड़ित			
7.	निम्न दृष्टि			
8.	दृष्टिहीन			
9.	श्रवण बाधित			
10.	वाक् और भाषा दिव्यांगता			
11.	बौद्धिक दिव्यांगता			
12.	विनिर्दिष्ट सीख दिव्यांगता			
13.	ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार			
14.	मानसिक रूग्णता			
15.	चिरकालिक तंत्रिका दशाएं			
16.	मल्टीपल स्क्लेरोसिस			
17.	पार्किंसंस रोग			
18.	हीमोफीलिया			
19.	थैलेसीमिया			
20.	सिक्कल सेल रोग			

i. (नोट: केवल मूल्यांकन की गई दिव्यांगताओं को सूचीबद्ध किया जाएगा)

(ख) इनमें __________% (आंकड़े में) ________________ प्रतिशत (शब्दों में) समग्र दिव्यांगता है और प्रमाण पत्र की प्रकृति {स्थायी/अस्थायी और (दिनांक/माह/वर्ष) तक मान्य है}

दिव्यांगजन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान:

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्यों के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

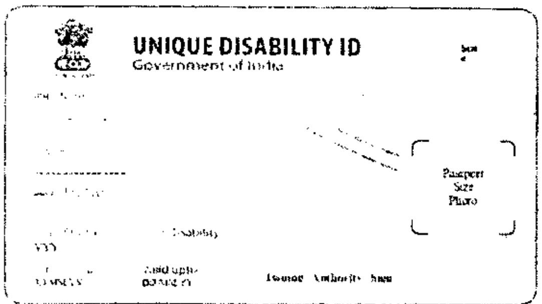
प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

फार्म-VII

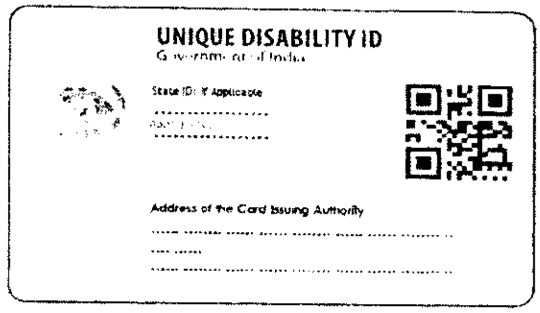
यूडीआईडी कार्ड

[नियम 18(1) देखें]

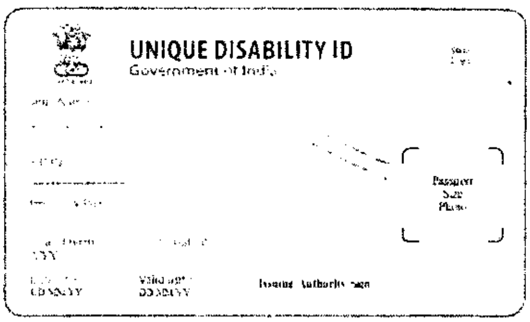
क. सफेद कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत चालीस प्रतिशत से कम हो



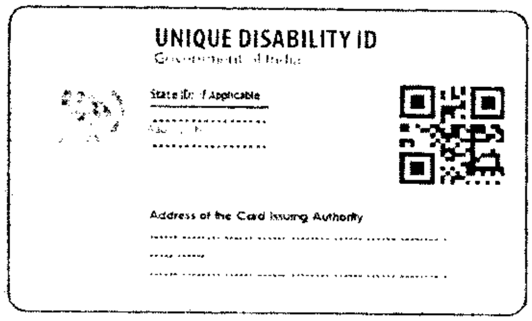
कार्ड पूर्वावलोकन देखने के लिए यहां मोड़ें



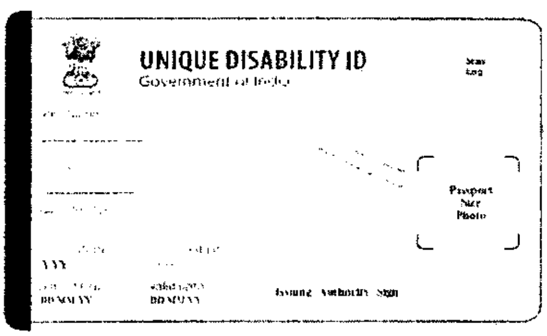
ख. पीला कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत चालीस प्रतिशत और उससे अधिक लेकिन अस्सी प्रतिशत से कम हो



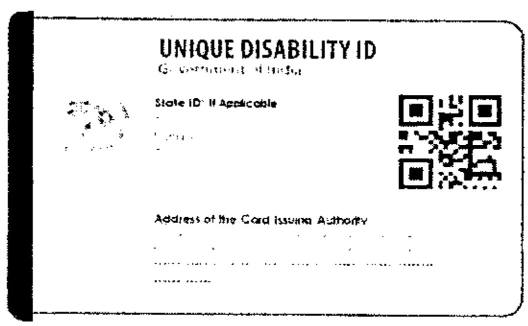
कार्ड पूर्वावलोकन देखने के लिए यहां मोड़ें



ग. नीला कार्ड: जब दिव्यांगता का प्रतिशत अस्सी प्रतिशत और उससे अधिक हो



अंतिम कार्ड पूर्वावलोकन देखने के लिए यहां मोड़ें



भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार का लोगो (प्रतीक चिह्न)	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का लोगो (प्रतीक चिह्न)

सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय,

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, भारत सरकार

फार्म-VIII

अस्वीकृति प्रमाणपत्र

(दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदन की अस्वीकृति के मामले में)

[नियम 18(5) देखें]

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

दिव्यांगजन का नवीनतम पासपोर्ट आकार का फोटो (केवल चेहरा दिख रहा हो)

अस्वीकृति की तिथि:

सेवा में,

(दिव्यांगता प्रमाण पत्र के लिए आवेदक का नाम और पता)

विषय: दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड के लिए आवेदन की अस्वीकृति के संबंध में

महोदय/महोदया,

निम्नलिखित दिव्यांगता के लिए दिव्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करने के लिए कृपया अपना यूडीआईडी आवेदन/पंजीकरण क्रमांक <यूडीआईडी नामांकन क्रमांक> दिनांक <दिन/माह/वर्ष> देखें:

(i)

(ii)

(iii)

2. आपके आवेदन के अनुसरण में, दिनांक < दिन/माह/वर्ष> को नीचे हस्ताक्षरकर्ता/चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा आपकी जांच की गई है और मुझे यह सूचित करते हुए खेद है कि नीचे उल्लिखित कारणों से आपके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाणपत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करना संभव नहीं है:

(i)

(ii)

(iii)

3. यदि आप अपने आवेदन की अस्वीकृति से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप 90 दिनों के भीतर अपीलीय प्राधिकारी को इस निर्णय की समीक्षा के लिए अनुरोध कर सकते हैं।

हस्ताक्षर:

प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

MINISTRY OF SOCIAL JUSTICE AND EMPOWERMENT

(Department of Empowerment of Persons with Disabilities)

NOTIFICATION

New Delhi, the 16th October, 2024

G.S.R. 649(E).—Whereas a draft of certain rules further to amend the Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017, were published, as mandated by sub-sections (1) and (2) of section 100 of the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 (49 of 2016), vide G.S.R. 455(E), dated the 29th July, 2024 in the Official Gazette of India, Extraordinary, Part-II, Section-3, Sub-section (i), inviting objections and suggestions from the public and persons likely to be affected thereby, before exiry of thirty days from date on which the copies of the Official Gazette containing the said notification was made available to the public;

And whereas, the copies of the Official Gazette in which the said notification were made available to the public on 29th July, 2024;

And whereas, the objections and suggestions received from the public were considered by the Central Government;

Now, therefore, in exercise of powers conferred by sub-sections (1) and (2) of section 100 of the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 (49 of 2016), the Central Government hereby makes the following rules further to amend the Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017, namely:-

(1) These rules may be called the Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024.

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

2. In the Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017 (hereinafter referred to as the said rules), for rule 17 the following rule shall be substituted, namely:-

"**17. Application for disability certificate and UDID Card.-** (1) Any person with specified disability may apply in Form -IV for a disability certificate/ **Unique Disability Identity** (UDID) Card and submit the application through UDID Portal to:

(a) a medical authority or any other notified competent medical authority to issue such a certificate in the district of residence of the applicant as mentioned in the proof of residence in the application; or

(b) the concerned medical authority in a 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 intellectual disability 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 or by any organisation registered under the Act having the minor under its care.

(2) The application shall be accompanied by -

(a) proof of identity;

(b) a recent photograph not older than six months;

(c) proof of residence;

(d) aadhaar number or aadhaar enrolment number.

Note: if an Aadhaar Card is submitted as proof of identity, no additional documents will be required for address proof in case Aadhaar has the same residential address"

In the said rules, for rule 18, the following rule shall be substituted, namely:-

"**18 Issue of disability certificate/ UDID Card.-** (1) On receipt of an application under rule 17, the medical authority or any other notified competent medical authority shall verify the information as provided by the applicant and shall assess the disability in terms of the relevant guidelines issued by the Central Government and after satisfying himself that the applicant is a person with disability, issue a disability certificate in Form-V and Form-VI and one of the three types of colour-coded UDID card in form VII in his favour , as the case may be. One of the three types of colour-coded UDID Card shall be issued based on the severity of the disability-

a. White Band Card: When the disability percentage of a Person with Disability is below forty percent.

b. Yellow Band Card: When the disability percentage of a Person with Disability is forty percent or above but below eighty percent.

c. Blue Band Card: When the disability percentage of a Person with Disability is eighty percent or above.

(2) The medical authority shall issue the Disability certificate and UDID card within three months, in case any disability is diagnosed.

(3) In case, due to any reason not attributable to concerned Medical authority, no decision is taken by the Medical authority on the application of the applicant for a period above two years, such application shall be made inactive, and the applicant needs to apply afresh on portal, or approach the medical authority to re-activate the pending application.

(4) The medical authority shall, after due examination-

(i) issue a permanent Disability certificate/UDID card in cases where there are no chances of improvement over time in the degree of disability; or

(ii) issue a certificate of disability/UDID Card indicating the period of validity, in cases where there is any chance of improvement over time in the degree of disability.

(5) If an applicant is found ineligible for issuance of certificate of disability/UDID Card after assessment by Specialist or Medical Board or as the case may be, the medical authority shall convey the reasons to him in Form-VIII through online platform within a period of one month from the date of such rejection. The aggrieved applicant may file appeal within ninety days of such rejection, using the mechanism prescribed under Section-59 (1) of the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016.

(6) The State Government and Union territory Administration shall ensure that the certificate of disability/UDID Card is granted through online platform as notified by the Central Government.

[(F.No. P-13013/50 2024-UDID/IT/STATISTICS]

RAJEEV SHARMA, Jt. Secy.

Note:- The Rights of Persons with Disabilities Rules, 2017 were published in the Gazette of India, Extraordinary, Part-II, section-3, sub-section (i) *vide* notification number G.S.R. 591 (E), dated the 15th June, 2017 and was last amended *vide* G.S.R. 361 (E), dated the 2nd July, 2024.

FORM- IV

Application for Obtaining Certificate of Disability/Unique Disability Identity (UDID) Card by Applicant

[See rule 17(1)]

1. **Personal Details:**

Recent passport size photograph (Showing face only) of the applicant

a) Applicant's Full Name : _______________

b) Gender (Male/Female/Transgender): _______________

c) Date of Birth : DD/MM/YYYY

d) Mobile number (10 digits only): _______________

e) Email id (Optional) : _______________

f) Name of Applicant's Father/Mother/Guardian: ___________________

g) Contact Number of Father/Mother/Guardian ___________________

h) In case of Guardian, relation of Guardian with Applicant: _______________

2. **Proof of Identity:**

a) Aadhaar no. of the applicant : _________________

b) I agree to share Aadhaar information with Government Department:

(Please see **Note** at the end of this Form in case Aadhaar Card is not available.)

3. **Proof of Address:**

(a) Address : _________________

(b) State/UT: _________________

(c) District: _________________

(d) Sub District: _________________

(e) Village / Town (Optional): _________________

(f) Pin Code: ____________

(g) Nature of Document for Address Proof (Please tick as applicable):

i. Aadhaar Card

ii. Indian Passport

iii. Ration/Public Distribution System Photograph Card or E-Ration Card

iv. Voter Identity Card or E-Voter Identity Card

v. Disability Certificate issued under RPwD Rules, 2017

vi. Photograph Identity Card or Certificate with Photograph issued by Central Govt./State Government like Bhamashah, Domicile Certificate, Resident Certificate, Jan-Aadhaar, MGNREGA/ NREGS Job Card, Labour Card etc.

vii. ST/SC/OBC Certificate issued by Central/State Government

viii. Transgender Identity Card or Certificate issued under Transgender Persons Act, 2019

ix. Certificate issued by MP or MLA or MLC or Municipal Councillor

x. Certificate issued by Gazetted Officer of Central/State Government etc.

xi. Certificate issued by Superintendent or Warden or Matron or Head of Institution of recognized shelter or Home or orphanages (for children of concerned shelter home or orphanage only)

xii. Certificate issued by Village Panchayat Head or President or Mukhiya or Gaon Bura or Panchayat Secretary etc.

xiii. Electricity bill (but not older than three months)

xiv. Water bill (but not older than three months)

xv. Telephone Landline bill or Postpaid mobile bill/Broad band bill (but not older than three months)

xvi. Valid Registered Sale Agreement or Registered Gift Deed in Registrar Office or Registered or non registered rent

xvii. Lease agreement or Leave and License agreement

xviii. Gas Connection bill (but not older than three months)

xix. Allotment letter of accommodation issued by Central Government or State Government or Public Sector Undertaking or Regulatory Bodies or Statutory bodies (Not older than one year)

xx. Life or Medical Insurance Policy (Valid upto one year from the date of issue of the policy)

4. **Disability Details:**

(a) Disability Type (Please tick as applicable):

(i) Acid Attack Victim

(ii) Autism Spectrum Disorder

(iii) Blindness

(iv) Cerebral Palsy

(v) Chronic Neurological Conditions

(vi) Dwarfism

(vii) Hearing Impairment

(viii) Hemophilia

(ix) Intellectual Disability

(x) Leprosy cured

(xi) Locomotor Disability

(xii) Low Vision

(xiii) Mental Illness

(xiv) Multiple Sclerosis

(xv) Muscular Dystrophy

(xvi) Parkinson's Disease

(xvii) Sickle Cell Disease

(xviii) Specific Learning Disabilities

(xix) Speech and Language Disability

(xx) Thalassemia

(xxi) Multiple Disabilities *

(***Note:** In Case of Multiple Disabilities, Please choose 2 or more out of the 20 disabilities listed above)

(b) Disability due to:

(i) Accident

(ii) Congenital

(iii) Diseases

(iv) Hereditary

(v) Infection

(vi) Medicine

(vii) Any other

(c) Period since when disabled: From Birth or since year ______________

(d) Do you have the old (manual) disability certificate (Yes/No): ______________

If yes, scanned copy of disability certificate to be uploaded with below details

i) Certificate Number

ii) Date of Issue

iii) Details of Issuing Medical Authority

5. Mention the hospital for assessment/issue of Unique Disability Identity card /disability certificate:

Is your treating Hospital in other State or District (Yes/No): ______________.

If yes,

(a) Hospital Treating State / UTs: ______________

(b) Hospital Treating District: ______________

(c) Hospital Name

If No, choose Hospital from your domicile district

Hospital Name : ______________

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 intellectual disability, autism, cerebral palsy and multiple disabilities, etc)

Date:

Place:

Enclosures:

1. Proof of Identity- Aadhaar Card (Please see **Note** at the end of this Form in case Aadhaar Card is not available.)

2. Proof of Address (As indicated in Para 3(g) above) if it is other than Aadhaar.

Note (In Reference to Para 2: Proof of Identity):

If Applicant has Enrolled for Aadhaar but has not got Aadhaar Number till now, mention your Aadhaar Enrollment Number ____________________ and Attach or Upload the Aadhaar Enrollment Slip along with any one of the following documents, namely:-

I. Bank or Post Office Passbook with Photo; or

II. Permanent Account Number (PAN) Card; or

III. Passport; or

IV. Ration Card; or

V. Voter Identity Card; or

VI. Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act Card; or

VII. Kisan Photo Passbook; or

VIII. Driving License Issued by the Licensing Authority under Motor Vehicle Act, 1988 (59 of 1988); or

IX. Certificate of Identity having Photo of such Person Issued by a Gazetted Officer or a Tehsildar on an Official Letter Head; or

X. Any other Document as Specified by the Department;

Logo of Government of India	**Logo of Department of Empowerment of Persons with Disabilities, GoI**	**Logo of Respective State or Union Territory**

Department of Empowerment of Persons with Disabilities,

Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Form-V

Disability Certificate

(In case of Single Disability)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate)

Recent passport size photograph (Showing face only) of the person with disability

Certificate/UDID No. Date of Issue :

This is to certify that I/we have carefully examined <Name of the applicant>, Son/Daughter/Care of < name of father/mother/guardian> , Date of Birth (DD/MM/YYYY), Gender < Male/Female/Transgender> , Registration No. <UDID Enrolment No.> Resident of < address of PwD> whose photograph is affixed above, and I am /we are satisfied that:

(A) He/She is a case of (Any one of the following disabilities):

i. Locomotor Disability

ii. Muscular Dystrophy

iii. Leprosy Cured

iv. Dwarfism

v. Cerebral Palsy

vi. Acid Attack Victim

vii. Low Vision

viii. Blindness

ix. Hearing Impairment

x. Speech and Language Disability

xi. Intellectual Disability

xii. Specific Learning Disabilities

xiii. Autism Spectrum Disorder

xiv. Mental Illness

xv. Chronic Neurological Conditions

xvi. Multiple Sclerosis

xvii. Parkinson's Diseases

xviii. Haemophilia

xix. Thalassemia

xx. Sickle Cell Disease

(B) Name of affected body part:

(C) The diagnosis in his/her case is ____________

(D) He/She has __________% (in figure) ______________ percent (in words) disability and the nature of certificate is {Permanent / temporary and valid till (DD/MM/YYYY) } as per the guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 notified by Government of India vide <Notification No> dated (DD/MM/YYY).

Signature / Thumb impression of the Person with Disability:

Signature of notified Medical Authority Member(s):

Signature:

Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

Logo of Government of India	**Logo of Department of Empowerment of Persons with Disabilities, GoI**	**Logo of Respective State or Union Territory**

Department of Empowerment of Persons with Disabilities,

Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Form-VI

Disability Certificate

(In case of Multiple Disabilities)

[See rule 18(1)]

(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)

Recent passport size photograph (Showing face only) of the person with disability

Certificate/UDID No.

Date of Issue:

This is to certify that we have carefully examined <Name of the applicant>, Son/Daughter/Care of <write name of father/mother/guardian> , Date of Birth (DD/MM/YYYY) , Gender< Male/Female/Transgender > . Registration No. <UDID Enrolment No.> Resident of < address of PwD> whose photograph is affixed above. and we are satisfied that:

(A) He/She is a case of **Multiple Disabilities**. His/her extent of physical impairments/ disabilities have been evaluated as per the guidelines for the purpose of assessing the extent of specified disability in a person included under the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 notified by Government of India vide <Notification No> dated (DD MM YYY) for the disabilities below:

S. No.	Disability	Name of Affected Body Part	Diagnosis	Disability Percentage
1.	Locomotor Disability			
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy Cured			
4.	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy			
6.	Acid Attack Victim			
7.	Low Vision			
8.	Blindness			
9.	Hearing Impairment			
10.	Speech and Language Disability			
11.	Intellectual Disability			
12.	Specific Learning Disabilities			
13.	Autism Spectrum Disorder			
14.	Mental Illness			
15.	Chronic Neurological Conditions			
16.	Multiple Sclerosis			
17.	Parkinson's Diseases			
18.	Haemophilia			
19.	Thalassemia			
20.	Sickle Cell Disease			

(Note: Only the disabilities diagnosed will be listed)

(B) He/She has ____________% (in figure) ________________ percent (in words) overall disability and the nature of certificate is { permanent/ temporary and valid till (DD/MM/YYYY) }

Signature / Thumb impression of the Person with Disability:

Signature of notified Medical Authority Members:

Signature:

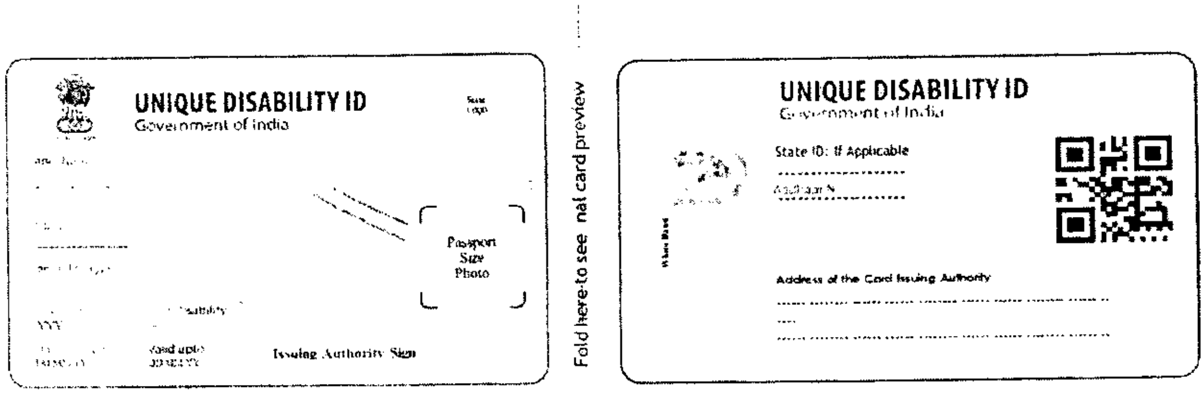
Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

Form-VII

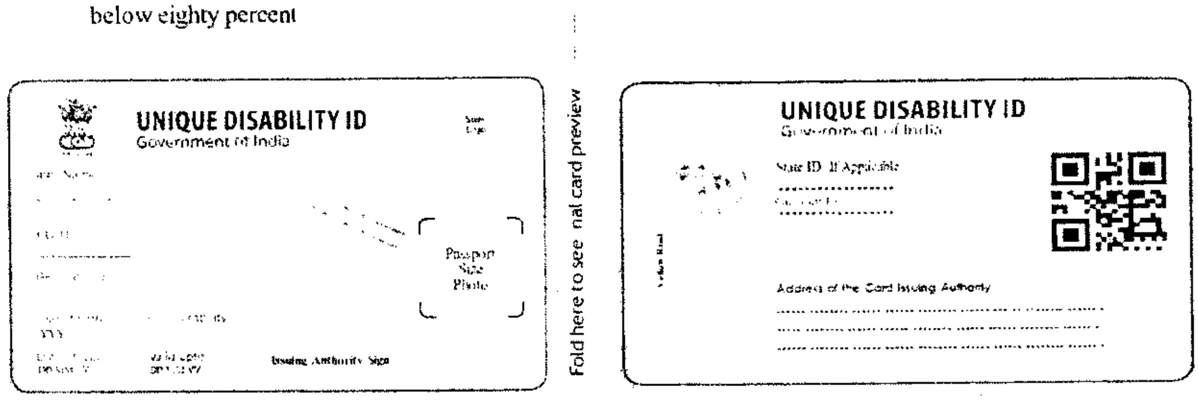
UDID Card

[See rule 18(1)]

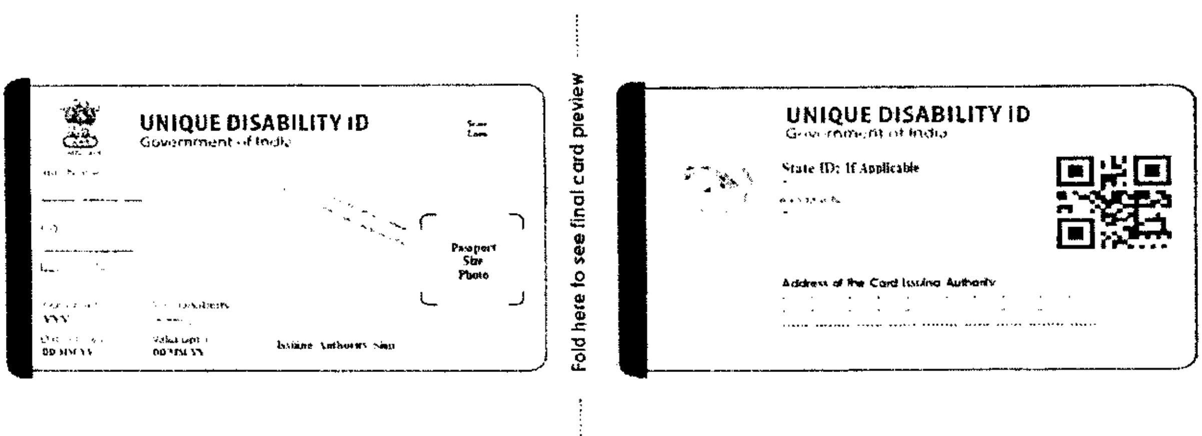
A. **White Card:** When the disability percentage of a Person with Disability is below forty percent



B. **Yellow Card:** When the disability percentage of a Person with Disability is forty percent and above but below eighty percent



C. **Blue Card:** When the disability percentage of a Person with Disability is eighty percent and above



Logo of Government of India	**Logo of Department of Empowerment of Persons with Disabilities, GoI**	**Logo of Respective State or Union Territory**

Department of Empowerment of Persons with Disabilities,

Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India

Form-VIII

Rejection Certificate

(In case of Rejection of Application for Certificate of Disability)

[See rule 18(5)]

(Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate)

Recent passport size photograph (Showing face only) of the applicant

Date of Rejection:

To,

(Name and Address of the Applicant for Certificate of Disability)

Subject: Rejection of Application for Certificate of Disability/Unique Disability Identity Card

Sir/Madam,

Please refer to your UDID Application/Registration No. <UDID Enrolment No.> dated <DD/MM/YYYY.> for issuance of a Certificate of Disability UDID Card for the following disability:

(i)

(ii)

(iii)

2. Pursuant to your application, you have been examined dated <DD/MM/YYYY> by the undersigned/Medical Authority and I regret to inform that it is not possible to issue a Certificate of Disability/UDID Card in your favour for the reason(s) mentioned below:

(i)

(ii)

(iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to the Appellate Authority within 90 days requesting for review of this decision.

Signature:

Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

Uploaded by Dte. of Printing at Government of India Press, Ring Road, Mayapuri, New Delhi-110064
and Published by the Controller of Publications, Delhi-110054.