अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029 स्थापना अनुभाग (नि.का.)

फा.सं.40-85/2025-स्था.-I(3300023)

दिनांक: 11 APR 2025

कार्यालय आदेश

विषय: दिव्यांगजन अधिकार (संशोधन) नियम, 2024 के संबंध में।

अधोहस्ताक्षरी को निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रति सभी संबंधितों की सूचना एवं आवश्यक अनुपालन हेतु अग्रेषित करने का निदेश दिया गया है:-

- दिनांक 03.03.2025 को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (डब्ल्यू एवं पीजी अनुभाग),
 भारत सरकार द्वारा जारी कार्यालय जापन सं.ए-14019/01/2025-डब्ल्यू एवं पीजी; एवं
- 2. दिनांक 10.02.2025 को दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग, सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी पत्र सं.पी-13013/50/2024-यूडीआईडी/आईटी. सांख्यिकी

उपर्युक्त दस्तावेज दिव्यांगजन के अधिकार (संशोधन) नियम, 2024 से संबंधित है एवं स्व-व्याख्यात्मक है।

सभी संबंधितों से अनुरोध है कि वे संशोधनों पर ध्यान दें एवं जहां भी लागू हो, सख्ती से इसका अनुपालन सुनिश्चित करें।

इसे निदेशक, एम्स के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

(अनिता टेटे)

वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी

संलग्नः उपर्युक्तानुसार,

वितरण:

- 1. संकायाध्यक्ष (शैक्षिक/अनुसंधान/परीक्षा)/केन्द्रों के प्रमुखगुण/विभागाध्यक्ष/अनुभाग/एककों के अध्यक्षगण
- 2. चिकित्सा अधीक्षक (अस्प.)/(डॉ. रा.प्र.केन्द्र), एम्स, नई दिल्ली
- 3. वरिष्ठ वित्त सलाहकार/वित्त सलाहकार/वित्त एवं मुख्य लेखा अधिकारी/लेखा अधिकारी, एम्स, नई दिल्ली
- 4. सभी वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी/प्रशासनिक अधिकारी/सहायक प्रशासनिक अधिकारी, एम्स, नई दिल्ली
- 5. एम्स, नई दिल्ली की सभी एसोसिएशन /यूनियन
- 6. कंप्यूटर सुविधा- इसे संस्थान की आधिकारिक वेबसाइट पर अपलोड करने के अनुरोध सहित

स्चनार्थ प्रतिनिपि अग्रेषितः

निदेशक महोदय के प्रधान निजी सविच/निजी सचिव/अपर निदेशक (प्रशासन)/उप-सचिव/मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, एम्स, नई दिल्ली

C1941432

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029 Establishment Section (DO)

File No.: 40-85/2025-Estt.I(3300023)

Dated the:- 11 APR 2025

OFFICE ORDER

Subject: The Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024 - reg.

The undersigned is directed to forward herewith a copy of the following documents for Information and necessary compliance by all concerned:

- Office Memorandum No. A-14019/01/2025-W&PG dated 03.03.2025 issued by the Ministry of Health & Family Welfare (Welfare & PG Section), Government of India; and
- Letter No. P-13013/50/2024-UDID/IT.STATISTICS dated 10.02.2025 issued by the Department of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan), Ministry of Social Justice & Empowerment, Government of India.

The above documents pertain to the Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024 and are self-explanatory.

All concerned are requested to take note of the amendments and ensure strict compliance, wherever applicable.

This issues with the approval of the Director, AIIMS.

(ANITA TETE)

SR. ADMINISTRATIVE OFFICER (DO)

Encl: As above,

Distribution:-

- 1. Dean (Academic/Research/Exam)/Chief of Centres/Head of Departments/Sections/ Units.
- 2. Medical Superintendent (Hosp.)/(Dr.RPC), AIIMS, New Delhi
- 3. Sr. Financial Advisor/Financial Advisor/F&CAO/Accounts Officers, AIIMS, New Delhi.
- 4. All Sr. Administrative/Administrative/Asstt. Administrative Officers, AIIMS, New Delhi.
- × 5. All Associations/Unions of AIIMS, New Delhi
- x 6. The Computer Facility- with the request to upload this on official website of the Institute.
 - The Hindi Officer- with the request to provide the Hindi version of the same for uploading on the AIIMS website.

Copy forwarded for information to:

PPS/PS to Director/Additional Director(Admn.)/Dy.Secy./CAO, AIIMS, New Delhi

F.No. A-14019/01/2025-W&PG Government of India Ministry of Health & Family Welfare (Welfare & PG Section)

Nirman Bhawan, New Delhi Dated 3rd March, 2025

OFFICE MEMORANDUM

Subject: The Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024.

The undersigned is directed to forwarded herewith a copy of letter No. P-13013/50/2024-UDID/IT/STATISTICS dated 10.02.2025 of the Department of Empowerment of Persons with Disabilities (DEPwD), Ministry of Social Justice & Empowerment on the subject mentioned above. The contents of the Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024 are self-explanatory.

- 2. All Divisions of MoHFW and Dte. GHS are requested to ensure compliance with relevant provisions by the hospitals/ institutes under their administrative control.
- This issues with the approval of the Competent Authority. 3.

Encl. As above.

Digitally signed by ANANT KUMAR Date: 03-03-2025 17:49:49

(Anant Kumar)

Under Secretary to the Government of India

Tel. No. 011-23061640

To

1) All Additional Secretaries/ Joint Secretaries/ equivalent officers of DoHFW

2) JS(GM) of Dte. GHS

Copy to:

PSOto Secretary (HFW)

Through Email

No. P-13013/50/2024-UDID/IT/STATISTICS

Govt. of India

Ministry of Social Justice & Empowerment

Department of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan)

5th Floor, Pandit DeendayalAntyodaya Bhawan, CGO Complex, New Delhi-110003

Date 10th February, 2025

To.

- i. All Secretaries of Government of India
- 2. Additional Chief Secretaries of Health/Principal Health Secretaries/Secretaries of Health Department/Directorate General of Health Services (All States/UTs Govt.)
- 3. Principal Secretaries of Social Welfare Department/Secretaries of Social Welfare Department/Director Social Welfare Department (All States/UTs Govt.)
- 4. Chairmen/Heads of all recruiting and examination bodies of Centre. State and UT Governments

Subject:- The Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024 regarding. Sir/Madam,

I am directed to refer to the subject mentioned above and to say that amendment to Rule-17 and Rule-18 of the Rights to Persons with Disabilities; Rules 2017 have been notified and published in the Official Gazette of Government of India on 16th October, 2024. The revised provisions of the Rights of Persons with Disabilities (Amendment) Rules, 2024 have been implemented in the UDID portal (https://www.swavlambancard.gov.in/). A copy of revised rules is enclosed for your kind information and reference.

This issues with the approval of competent authority 2.

Encl: As above

Yours sincerely,

Section Officer

Copy to:

- 1. Office of Chief Commissioner of Persons with Disabilities (CCPD), New Delhi
- 2. State Chief Commissioners of Persons with Disabilities (SCPDs) (All States/UTs Govt.)
- 3. Web manager, DEPwD with a request to upload on the website of the Dept. for wide publication
- 4 Deputy Secretary (Policy), DEPwD for necessary action



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

असाधारण EXTRAORDINARY

भाग 11—खण्ड 3—उप-खण्ड (i) PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 593| No. 593| नई दिल्ली शुक्रवार, अक्तूबर 18, 2024/ आश्विन 26, 1946

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),—जबिक भारत के राजपत्र, असाधारण, भाग-॥, 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 कितपय 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 सझाव आमंत्रित किए गए थे।

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

और जबकि जनता से प्राप्त आपनियों 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 करने हुए, केंद्र सरकार दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 में आगे और संशोधन करने के लिए एतदद्वारा निम्नलिखित नियम बनानी है, अर्थात्:-

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

6782 GF2024

- (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 ग्रम्त कोर्ड 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 चिकित्मा प्राधिकारी, जहां वह अपनी दिव्यांगता के संबंध में इलाज करा रहा हो या इलाज कराया हो :

बशर्ने कि जहां कोई दिव्यांग व्यक्ति अवयस्क है या बाँद्धिक दिव्यांगता या किसी ऐसी अन्य दिव्यांगता से पीड़ित है जो उसे स्वयं ऐसा आवेदन करने के लिए अनुष्युक्त 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 छ: 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 पना है सो निवास स्थल के पते के प्रमाण हेतु किसी भी अतिरिक्त दस्तावेज की आवश्यकता तहीं होगी।''

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

- "18 दिच्यांगता प्रमाण पत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करना (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 काई में से एक रंग का काई, जैसा भी मामला हो, जारी करेगा । दिव्यांगता की गंभीरता के आधार पर तीन रंगों के काई में से किसी एक रंग का यूडीआईडी काई जारी किया जाएगा :-
 - क. सफेद पट्टी वाला कार्ड: जब दिव्यांग व्यक्ति की दिव्यांगता का प्रतिशत चालीस प्रतिशत से कम हो।
 - ख. पी<mark>ली पट्टी बाला कार्ड:</mark> 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 अस्मी 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: सिक्रिय 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) बिशेषज्ञ या चिकित्मा 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 मुचित करेगा। व्यथित आवेदक आरपीडव्ल्यूडी अधिनियम, 2016 की धारा 59 (1) के तहत निर्धारित प्रक्रिया का प्रयोग करते हुए ऐसे अस्वीकरण के नव्ये दिनों के अंदर अपील दायर कर सकता है।
- (6) राज्य सरकार और संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन यह मुनिश्चित 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-युडीआईडी/आईटी/मांख्यिकी]

राजीव शर्मा, संयुक्त सचिव

आबेदक की हाल ही की पासपोर्ट आकार की तस्वीर (जिसमें केवल बेहरा दिख रहा हो)

नोट:- दिव्यांगजन अधिकार नियमावर्ली, 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 साध्यम मे 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 दिव्यांगना पहचान (यूडीआईडी) पत्र प्राप्त करने के लिए आवेदन [नियम 17(1) देखें]

व्यक्तिगत विवरण:

	क.	आवेदक का पूरा नाम:
	म्ब	त्रिंग (पुरुष/महिला/ट्रांमजेंडर):
	ग.	जन्म तिथि: DD/MM/YYYY
	घ.	मोबाइल नंबर (केबल 10 अंक):
	इ∙.	र्डमेल आईडी (त्रैकल्पिक) :
	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.	पह	वान का प्रमाण:
	(年)	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:
	(事)	पताः
	(ख)	राज्य/मंघ राज्य क्षेत्र:

	THE GAZETTE OF INDIA: EXTRAORDINARY	[PART II SEC. 3(i)]
(ग) जिला:		
(ब) उप जि	ा ता :	
(ङ) गांव/न	गर (वैकल्पिक):	
(च) पिन व	तींड:	
(छ) पते के	प्रमाण के लिए दस्तावेज़ की प्रकृति (कृपया यथा लागू सही (४) का निशान लगा	णं):
i.	आधार कार्ड	
ìi.	भारतीय पासपोर्ट	
iii.	राशन/सार्वजनिक वितरण प्रणाली फोटोग्राफ कार्ड या ई-राशन कार्ड	
iv.	मतदाता पहचान पत्र या ई-मतदाता पहचान पत्र	
٧.	दिव्यांगजन अधिकार नियमावली, 2017 के तहत जारी दिव्यांगता प्रमाण पत्र	T
vi.	केंद्र सरकार/राज्य सरकार द्वारा जारी फोटो पहचान पत्र या फोटो सहित अधिवास प्रमाण पत्र, निवासी प्रमाण पत्र, जन-आधार, मनरेगा / नरेगा जॉव	
vii.	केंद्र/राज्य मरकार द्वारा जारी एसटी/एससी/ओबीसी प्रमाण पत्र	·
viii.	ट्रांसजेंडर व्यक्ति अधिनियम, 2019 के तहत जारी ट्रांसजेंडर पहचान पत्र या !	प्रमाण पत्र
ix.	मांसद या विधायक या विधान परिषद के सदस्य या नगर पार्षद द्वारा जारी प्र	ामाण पत्र
Χ.	केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र आदि।	
xi.	अधीक्षक या वार्डन या मैट्रन या मान्यता प्राप्त आश्रय या गृह या अनाथालर जारी प्रमाण पत्र (केवल संबंधित आश्रय गृह या अनाथालय के बच्चों के लिए)	में की संस्था के प्रमुख द्वारा
xii.	ग्राम पंचायत प्रधान या अध्यक्ष या मुख्यिया या गांव वृरा या पंचायत सचिव ३	बादि द्वारा जारी प्रमाण पत्र
xiii.	विजली विल (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/ब्रॉडवैंड बिल (लेकिन व न हो)	तिन महीने से अधिक पुराना
xvi.	वैध पंजीकृत बिक्री समझौता या रजिस्ट्रार कार्यालय में पंजीकृत गिफ्ट दीड किस्स्या	या पंजीकृत या गैर पंजीकृत

- पट्टे के आधार पर करार या लीव एंड लाइसेंस एग्रीमेंट XVII.
- गैस कनेक्शन बिल (लेकिन तीन महीने से अधिक पुराना न हो) xviii.
- केंद्र सरकार या राज्य सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम या नियामक निकायों या वैधानिक निकायों xix. (एक वर्ष से अधिक पुराना न हो) द्वारा जारी आवास का आवंटन पत्र
- जीवन या चिकित्सा बीमा पॉलिसी (पॉलिसी जारी होने की तारीख से एक वर्ष तक वैध हो) । XX.

4. दिव्यांगता का विवरण:

- (क) दिव्यांगता का प्रकार (कृपया यथा लागू सही (✔) का निशान लगाएं):
 - एसिड अटैक पीड़ित (i)
 - ऑटिज्स स्पेक्ट्रम विकार (ii)
 - दृष्टिहीन (iii)

	(iv)	प्रमस्तिष्क घात
	(v)	चिरकालिक तंत्रिका दशाएं
	(vi)	बौनापन
	(vii)	थवण वाधिन
	(viii)	<u>हीमोफीलिया</u>
	(ix)	बाद्धिक दिव्यागना
	(x)	कुष्ठ रोग उपचारित
	(xi)	गतिविषयक दिव्यागता
	(xii)	निम्न दृष्टि
	(xiii)	मानसिक रूग्णना
	(xiv)	मिल्टिपल स्क्लेरोसिस
	(vv)	मांसपेशीय दुर्विकास
	(xvi)	पार्किसन्स डिज़ीज़
	(xvii)	सिकल शैल रोग
	(xviii)	विनिर्दिष्ट सीख दिव्यागना
	(xix)	वाक् और भाषा दिव्यांगना
	(xx)	र्थं लेमी मिया
	(xxi)	बहु दिव्यांगना *
	(*नोट: व	बहु दिव्यांगता के मामले में, कृपया ऊपर सूचीबद्ध 20 दिव्यांगताओं में से 2 या अधिक चुतें।)
(ख) दिव्यांग	ना के कारण:
	(i)	दुर्घटना
	(ii)	जन्मजात
	(iii)	रोग
	(iv)	आनुवंशिक
	(v)	मंक्रमण
	(vi)	दबाई
	(vii)	कोई अन्य
(ग) अवधि	जिसके बाद से अक्षम हुए: जन्म से या वर्ष मे ।
(ঘ)) क्या आ	पके 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. ta	शिष्ट दिव्यागंता पहचान पत्र/दिव्यांगता प्रमाण पत्र के मूल्यांकन/जारी करने के लिए अस्पताल का उल्लेख करें:
	।। जिस अस्पताल में आप इलाज कर रहें 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:
सत्य हैं. में किसी	ं मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि ऊपर बताए गए मभी विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार और कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छिपाई या गलत नहीं बताई गई है। मैं घोषणा करता/करती हूं कि यदि आवेदन । भी अशुद्धि का पता चलता है, तो मैं कानून के अनुसार प्राप्त किसी भी लाभ को जब्त करने और अन्य कार्रवाई के तरदायी होऊंगा/होऊंगी।
(वौद्धि	—————————————————————————————————————
दिनांक:	
म्थान:	
संलग्नक	
1. पहच	ान का प्रमाण- आधार काई (यदि आधार काई उपलब्ध नहीं है तो कृपया इस प्रपत्र के अंत में दिया नोट देखें।)
2. पत	का प्रमाण (जैसा कि ऊपर पैरा 3 (छ) में दर्शाया गया है) यदि यह आधार के अलावा अन्य है।
नोट (पै	रा 2 के संदर्भ में: पहचान का प्रमाण):
नामाक	वेदक ने आधार के लिए नामांकन किया है, लेकिन उसे अब तक आधार तंबर नहीं मिला है, तो अपने आधार न नंबर का उल्लेख करें और निम्नलिखित दस्तावेजों में मे किसी एक दस्तावेज महित नामांकन पर्ची संलग्न या अपलोड करें, अर्थान्:-
J.	्येंक या पोस्ट ऑफिस पासबुक उस पर फोटो सहित; या
H,	स्थायी खाता संख्या (पैन) कार्ड; या
III.	पासपोर्ट; या
IV.	राशन कार्ड; या
٧.	मतदाता पहचान पत्र; यो
VI.	महात्मा गांधी राष्ट्रीय ग्रामीण रोजगार गारंटी अधिनियम कार्ड; या
VII.	किसान फोटो पासवुक; या
VIII.	्रात्तार र जान्य अधिनियम्, 1988 (1988 का 59) के तहत लाडमेंसिंग 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	दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग,	संबंधित राज्य/संघ राज्य क्षेत्र
का लोगो (प्रतीक चिह्न)	भारत सरकार	का लोगो (प्रतीक चिह्न)
	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 मैंन/हमने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/अभिभावक<िपता/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. गतिबिपयक दिव्यांगना
- ii. मांसपेशीय दुर्विकास
- iii. कुष्ठ रोग उपचारित
- iv. बौनापन
- v. प्रमस्तिष्क घात
- vi. एसिड अटैक पीडित
- vii. निम्न दृष्टि
- viii. दृष्टिबाधिना
- ix. श्रवण वाधिता
- x. वाक् और भाषा दिव्यांगता
- xi. बौद्धिक दिव्यांगता
- xii. विनिर्दिष्ट सीख दिव्यांगता
- xiii. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार

	_	
XIV	मानामक	रुगाता

- xv. चिरकालिक तंत्रिका दशाएं
- xvi. मल्टिपल स्क्लेरोसिंग
- xvii. पार्किसंस रोग
- xviii. हीमोफीलिया
- xix. थैलेमीमिया
- xx. सिकल शैल रोग
- (ख) शरीर के प्रभावित हुए अंग का नाम:

	*	~		-			
737 \	3 U 4	TI TI CA	TT	TIALITAL 3	71 27	→	
(11)	041	नानग	•	मुल्याकन	46	7	

(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 में है।

दिव्यांगजन के हस्ताक्षर / अंग्ठे का निशान:

अधिसूचित चिकित्सा प्राधिकारी सदस्य (सदस्यों) के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

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

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

जारी करने की तिथि:

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमने <आवेदक का नाम>, पुत्र/पुत्री/अभिभावक <िपता/माता/संरक्षक का नाम>, जन्म तिथि (दिनांक/माह/वर्ष), लिंग <पुरुष/महिला/ट्रांनजेंडर>, पंजीकरण संख्या <यूडीआईडी नामांकन संख्या> <िद्यांगजन का पता> का निवासी जिसकी फोटो ऋपर 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 अधिमूचित 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	निदान	दिव्यांगता का
		का नाम		प्रतिशत
1.	गतिविषयक दिव्यांगताएं			
2.	मांसपेशीय दुर्विकास			
3.	कुष्ठ रोग उपचारित	:		
4,	त्रौनापन			
5.	प्रमस्तिष्क घात (सेरेब्रल पाल्सी)			
6.	एसिड अटैक पीडिन			
7.	निम्न दृष्टि			
8.	दृष्टिहीन			
9.	श्रवण वाधिन			
10.	वाक् और भाषा दिव्यांगता			
11.	बौद्धिक दिव्यांगता			
12.	विनिर्दिष्ट मीख दिव्यांगता			
13.	ऑटिज्स स्पेक्ट्रम विकार			
14.	मानसिक रुग्णना			
15.	चिरकालिक तंत्रिका दशाएं			
16.	मल्टीपल स्केलेरोसिस			
17.	पार्किसंस रोग			
18.	हीमोफीलिया -			
19.	थैलेमीमिया ————————————————————————————————————			
20.	मिक्कल मेल रोग			

20.				
i	. (नोट: केवल मूल्यांकन की गई वि	देव्यांगताओं को सूचीबद्ध कि	या जाएगा)	
(ख) इनम् प्रकृति (स	i% (आंकड़े में) थायी/अस्थायी और (दिनांक/माह/वर्ष	प्रतिशत (श) तक मान्य हैं}	गव्दों में) समग्र दिव्यांगत	ा है और प्रमाण पत्र की
	तन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान:	,		
अधिमूचि	त चिकित्सा प्राधिकारी सदस्यों के हस	नाक्षर:		
				हस्ताक्षर:

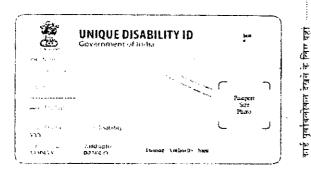
प्रमाण पत्र जारी करने वाले चिकित्सा प्राधिकारी का नाम और पता:

<u>फार्म-VII</u>

यूडीआईडी कार्ड

[नियम 18(1) देखें]

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





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

1

यहा

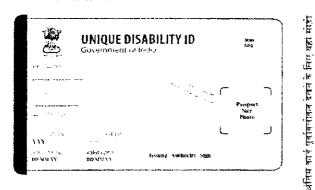
E T

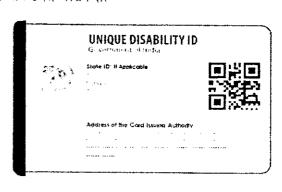
पूर्वावनोपस्न रेखने के





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





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

(दिव्यांगना प्रमाण पत्र के लिए <mark>आवेदन की</mark> अस्त्रीकृति के मामले में) [नियम 18(5) देखें]

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

दिव्यांगजन का नवीनतम पामपोर्ट 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 आवेदत/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 सुचित करते हुए खेद है कि नीचे उल्लिखित कारणों से आपके पक्ष में दिव्यांगता प्रमाणपत्र/यूडीआईडी कार्ड जारी करना संभव नहीं है:
 - (i)
 - (ii)
 - (iii)
- 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 Gazene.
- 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:-

- <u>"18 Issue of disability certificate/ UDID Card.</u>; (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.

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

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	Detaile
1.	1 (1301141	DCLans.

	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.	Pro	oof 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.	Pro	oof of Address:
	(a) A	Address:
	(b) S	State/UT:
	(c) [District:
	(d) S	Sub District:
		/illage / Town (Optional):

- (f) Pin Code:
- (g) Nature of Document for Address Proof (Please tick as applicable):
 - 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

Place:

	(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) Disabil.	
	(i)	Accident
	(ii)	Congenital
	(iii)	Diseases
	(iv)	Hereditary
	(v)	Infection
	(vi)	Medicine
	(vii)	Any other
	(c) Period s	ince when disabled: From Birth or since year
	(d) Do you	have the old (manual) disability certificate (Yes/No):
	If yes, s	canned 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 th	e hospital for assessment/issue of Unique Disability Identity card /disability certificate:
	Is your treat	ing Hospital in other State or District (Yes/No):
	It y	es.
	(a)	Hospital Treating State: UTs:
	(b)	Hospital Treating District:
		Hospital Name
		se Hospital from your domicile district
		spital Name:
mai	citat miorma	reby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief, and no tion has been concealed or misstated. I further state that if any inaccuracy is detected in the libe liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.
Date	a:	(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)

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
- ill. 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 Empowerment Disabilities, Go			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 1 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

		Misaviiiiles, QUI						
Loge	o of Government of India	Logo of Empowerment Disabilities, Gol		of with	Logo of Respective State or Union Territory			
Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:								
_	Signature:							
Signature of notified Medical Authority Member(s):								
Signature / Thumb impression of the Person with Disability:								
certifica assessin	She has% (in te is {Permanent temporary g the extent of specified disabil by Government of India vide <	and valid till (D) ity in a person incl	D/MM YYYY) uded under the	as Rights	words) disability and the nature of per the guidelines for the purpose of of Persons with Disabilities Act. 2016.			
	diagnosis in his/her case is							
(B) Nan	ne of affected body part:							
XX.	Sickle Cell Disease							
xix.	. Thalassemia							
xviii.	iii. Haemophilia							
xvii.	xvii. Parkinson's Diseases							
xvi.	i. Multiple Sclerosis							
XV.	Chronic Neurological Conditions							
xiv.	Mental Illness							
xiii.	Autism Spectrum Disorder							
xii.	Specific Learning Disabilities							
xi.	Intellectual Disability							
x.	Speech and Language Disabili	ty						
ix.	Hearing Impairment							
viii.	Blindness							
vii.	Low Vision							
vi.	Acid Attack Victim							
v.								
IV.	Dwartism							

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
I .	Locomotor Disability		71	
2.	Muscular Dystrophy			
3.	Leprosy Cured			
4,	Dwarfism			
5.	Cerebral Palsy		W	
6.	Acid Attack Victim		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
7.	Low Vision			
8.	Blindness			
9.	Hearing Impairment			
10.	Speech and Language Disability			
П.	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			

18.	Haemophilia		
19.	Thalassemia		
20.	Sickle Cell D	Disease	
(Note:	Only the disabilit	ies diagnosed will be listed	
(B) He certific	She hasate is permanen	% (in figure) to temporary and valid till (percent (in words) overall disability and the nature of DD/MM/YYYY)
Signatu			

Signature of notified Medical Authority Members:

Signature: Name and Address of the Medical Authority Issuing the Certificate:

Form-VII

UDID Card

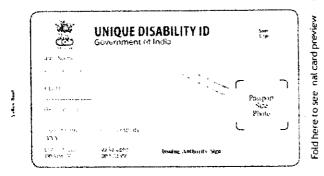
[See rule 18(1)]

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



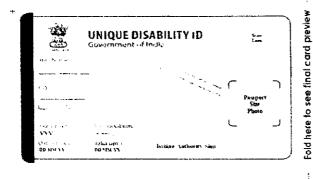


B. Yellow Card: When the disability percentage of a Person with Disability is forty percent and above but below eighty percent





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





Logo of Government of India	Logo	of	De	partment	of	Logo of Respective State or Union
	Empow	erment	of	Persons	with	Territory
	Disabili	ties, Go	i			

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

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)
- 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
 - (i)
 - (ii)
- 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:

Date of Rejection: