

उत्तराखण्ड लोक सेवकों के लिये वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम-2017 के अनुपालन में सहायक अभियन्ता (सिविल) के द्वारा अनुरोध के आधार पर प्राप्त आवेदन पत्र।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/सहरील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1-	भवान सिंह अधिकारी	सहायक अभियन्ता	डायरीम खण्ड लेनिनिको मैनीताल	चम्पावत/बोरभोटे	1- निम्नीय खण्ड हल्हामी 2- राऊमन वृन्त हल्हामी 3- राऊमन खण्ड हल्हामी 4- निम्नीय खण्ड रामनगर 5- जम खण्ड कडपुर	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण मन्डलीम निमित्त धीरे धीरे मैनीताल हेम निमित्त प्रमाण पत्र संलग्न

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्गिक) *[Signature]* 25/11/23

नाम- भवान सिंह अधिकारी
पदनाम- सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- *[Signature]*
पदनाम- अधिष्ठाता अभियन्ता

डायरीम खण्ड लेनिनिको मैनीताल
25/11/23

संयुक्त चिकित्सा समिति - नैनीताल

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ. राजेश कुमार शर्मा को 1000 रुपये प्रति माह की दर से पेंशन प्रदान करने के लिए निर्धारित किया गया है।
 यह निर्णय 14.04.2022 को संयुक्त चिकित्सा समिति की बैठक में लिया गया है।
 डॉ. राजेश कुमार शर्मा को 1000 रुपये प्रति माह की दर से पेंशन प्रदान करने के लिए निर्धारित किया गया है।
 यह निर्णय 14.04.2022 को संयुक्त चिकित्सा समिति की बैठक में लिया गया है।
 डॉ. राजेश कुमार शर्मा को 1000 रुपये प्रति माह की दर से पेंशन प्रदान करने के लिए निर्धारित किया गया है।
 यह निर्णय 14.04.2022 को संयुक्त चिकित्सा समिति की बैठक में लिया गया है।

[Signature]

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

संयुक्त चिकित्सा समिति - नैनीताल

दिनांक: 14.04.2022
 स्थान: नैनीताल
 डॉ. राजेश कुमार शर्मा को 1000 रुपये प्रति माह की दर से पेंशन प्रदान करने के लिए निर्धारित किया गया है।
 यह निर्णय 14.04.2022 को संयुक्त चिकित्सा समिति की बैठक में लिया गया है।

Photo copy sent
[Signature]
 25/4/2023

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	गोविन्द सिंह कौण्डल	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 पीड़ी	देहरादून/चकराता	1- प्रा0ख0 देहरादून 2- नि0ख0 देहरादून 3- रा0मा0 खण्ड डोईवाला 4- रा0मा0 खण्ड रुड़की (मुख्यालय-देहरादून)	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण 1. राज्य चिकित्सा परिषद दि0 01.11.2018 का प्रमाण पत्र। 2. Unique Disability ID	विभाग द्वारा जारी पात्रता सूची में दुर्गम से सुगम हेतु क्रमांक 28 द्वारा पात्र हैं। यदि कॉलम 6 में अंकित स्थानों में स्थानान्तरण न हो तो अनिवार्य से छूट हेतु प्रमाण संलग्न है।

संलग्नक - 02 नं०


 (इ० धन सिंह कौण्डल)
 सहायक अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 पीड़ी

02/05/2023

03/05/23
 (इ० धन सिंह कौण्डल)
 अधिशासी अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 पीड़ी

बारा 17(1)(ख)(स्व) - साइम 1

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री गोविन्द सिंह कौण्डल

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

दिनांक 01.11.2018 को राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड देहरादून की बैठक मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव के कार्यालय कक्ष में सम्पन्न हुई, जिसमें श्री गोविन्द सिंह कौण्डल, आयु लगभग 40 वर्ष के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रकरण महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्र संख्या 194/8/479/2018/23021 दिनांक 03.10.2018 के माध्यम से प्राप्त हुआ। संदर्भित पत्र के अनुपालन में श्री गोविन्द सिंह कौण्डल राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुए।

राज्य चिकित्सा परिषद के सदस्यों द्वारा श्री गोविन्द सिंह कौण्डल का स्वास्थ्य परीक्षण किया गया और परीक्षणोपरान्त उन्हें old operated case of CAUS deformity

① leg c Disability 45%. (Posty fr.)
cause syringomyelia - - -

पाया गया।


(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

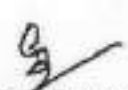
Self Attested


30/11/2023
(G.S. KOUNDAL)


01-11-18

(डा० राजकेश पाण्डेय)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।


महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

धारा 17 (1) (ख) (स्क) - बाध्य 2.

 **UNIQUE DISABILITY ID**
Government of India

नाम / Name
गोविन्द सिंह कौण्डल
Govind Singh Koundal

UD ID
UK0620819780003138

Disability Type
Locomotor Disability

Year of Birth
1978

Percentage of Disability
45% (Forty Five Percent)

Date of Issue
13/10/2020

Valid upto
Permanent

Issuing Authority Sign
039/ YI 0028954



UNIQUE DISABILITY ID
Government of India

State ID: NA

Aadhaar No: *****3025



Address of Card Issuing Authority
Chief Medical Office, Near Civil Line - 245001

039/ YI 0028454

Self Attested


30/04/2023
(G.S. KOUNDAL)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया जा रहा है		टिप्पणी
						7	8	9
1	2	3	4	5	6	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये धारा 17 (1) (ख) (एक) ✓	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	
1	श्री अतुल कुमार वर्मा	प्रभारी सहायक अभियंता	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला	हरिद्वार/रूड़की	1. प्रान्तीय खण्ड, देहरादून। 2. निर्माण खण्ड, देहरादून। 3. रा०मा० खण्ड, रूड़की (मुख्यालय देहरादून)। 4. रा०मा० खण्ड, डोईवाला। 5. विभागाध्यक्ष कार्यालय, देहरादून। 6. मुख्य अभियंता, देहरादून।		राज्य चिकित्सा परिषद- उत्तराखण्ड मेडिकल बोर्ड द्वारा दिनांक 21-07-2022 के द्वारा भी प्रमाणित किया जा चुका है (छाया प्रति संलग्न)। गम्भीर रोग, रीढ़ की हड्डी का पुनः माह अक्टूबर/2022 में ऑपरेशन हुआ है (डिसचार्ज समरी की छाया प्रति संलग्न)। वर्तमान में पुनः कमर दर्द एवं पैरों में सुनपन हो रहा है।	

हस्ताक्षर (कार्मिक)
नाम -
पदनाम -

AW
01/5/2023
इ० अतुल कुमार वर्मा
सहायक अभियंता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
नाम -
पदनाम -

इ० दीपक कुमार
अधिशाली अभियंता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, उत्तराखण्ड शासन का कार्यालय जल संयंत्र-398 पिथौरा / 2001-145 (वि) / 2001 दिनांक 08.08.2001 ई. में स्थापित।



—: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र —:

Atul

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री अतुल कुमार वर्मा

U

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-194/8/1/2022/11406 दिनांक 21.05.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री अतुल कुमार वर्मा उम्र लगभग 47 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 21.07.2022 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF CHRONIC BACKACHE
CAUSE CHRONIC PIVD L3-L4 L5-S1 &
RADICULOPATHY WITH OPERATED ONCE IN
2010 — NEEDS REGULAR FOLLOWUP
& AVOID PROLONGED SITTING & JOURNEY

पाया गया।

8/8/22 21/07/2022

(डा० एस० एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

21/07/22

(डा० राशिवाला)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

U

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

1 photo copy attached

Assistant Engineer
Construction Division, P.W.D.
Puruli (Uttarkashi)

21/07/22
महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप - 2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक की घोरा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	प्रदीप कुमार 410011227	सहायक अभियन्ता (सिविल)	प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि० गोपेश्वर	पीडी गढ़वाल/पीडी	1 निर्माण खण्ड लो०नि०वि० दुगइला 2 प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि० तसकावन 3 रा० राजमार्ग खण्ड, लो०नि०वि० श्रीनगर 4 प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 5 निर्माण खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 6 अस्थायी खण्ड लो०नि०वि० जलिकेरा 7 निर्माण खण्ड लो०नि०वि० नरेंद्रनगर 8 रा० राजमार्ग खण्ड, लो०नि०वि० देहरादून 9 रा० राजमार्ग खण्ड, लो०नि०वि० डोईवाला 10 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि० यन्वा	✓ घारा 17(1) (ख) (एक) घारा 17(1) (ख) (दो) घारा 17(1) (ख) (तीन) ✓ घारा 17(1) (ख) (चार) घारा 17(1) (ख) (पांच) घारा 17(1) (ख) (छ) घारा 17(1) (ख) (सात)	1. प्रार्थी के हृदय की कृपया निश्चिन्ता (एजियोप्लास्टी) रिपोर्ट। 2. प्रार्थी की धर्मपत्नी के राजकीय सेवा में होने का प्रमाणपत्र	1. प्रार्थी उत्तराखण्ड एवं हिमाचल की बीमारी से पीड़ित है, एवं प्रार्थी के हृदय की शल्य चिकित्सा (एजियोप्लास्टी) हो रही है। (रिपोर्ट संलग्न) 2. प्रार्थी की धर्मपत्नी श्रीमती अंजू धमोली महिला सशक्तीकरण एवं बाल विकास विभाग, कोट (पीडी गढ़वाल) में सेवारत है। (प्रमाणपत्र संलग्न) 3. प्रार्थी एक वरिष्ठ कार्मिक है। जन्मतिथि (21.08.1966) अतः महोदय से निवेदन है कि कृपया प्रार्थी का स्थानान्तरण इस प्रारूप के कालम 8 में वर्णित लोनिवि के किसी एक कार्यालय में करने की कृपा करें।


 हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम-ई प्रदीप कुमार
 पदनाम-सहायक अभियन्ता


 हस्ताक्षर (कार्यालयवाक्य)
 नाम-ई एस. एस. पटवाल
 पदनाम-अधिशाली अभियन्ता

82

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY

REPORT OF CORONARY ANGIOPLASTY

NAME : Mr. Pradeep Ku. Chamoli
Age/sex : 48 yrs / M.
PTCA. No. : 091/12.
Date of Procedure : 21/10/2012.
Performed By : Dr. Yogendra Singh.
Risk Factors : None.
Clinical Presentation : PTCA+ stent to LCX.
Catheter used : 6F sheath.
Dye used : 100ML Omnipaque.
Aorta : 142/86mm of Hg

Procedure details (Right Femoral Route):

Coronary angioplasty performed by selectively engaging the left and right coronary ostium. Injection contrast selectively and taking pictures in different angles delineated the anatomy.

Cont.....

(Signature)
21/10/12
(प्रदीप कुमार)
हृदय रोग विशेषज्ञ
डॉ. वि. ए. सिंह

DEPARTMENT OF CARDIOLOGY

Coronary Angioplasty Report:

VESSEL : LCX

Guiding catheter : JL-3.5 GE

PTCA Wire : BMW wire (0.014"X180cm)

Predilation : 2.0X10mm dilate at 8 ATM

STENT : Taxis (Liberte) 2.75X20mm Dilate at 14 ATM

Post dilation : No

Heparin : 5000 IU

Tirofiban : Bolus & Infusion

Final Impression:-

- Successful PTCA+Stent to LCX with TIMI-III Flow.

प्रमाणित

22/07/22

प्रमाणित
हस्ताक्षर
डॉ. योगेंद्र सिंह

Dr. Yogendra Singh
M.D., D.M. (Cardiology) Consultant,
Interventional Cardiology & Electrophysiology
☎ 9739428423, 9411580305

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरिष्ठता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया जा रहा है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री पुष्पेन्द्र कुमार मिश्रा	सहायक अभियंता (सिविल)	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि, पुरोला	हरिद्वार/रूड़की	1. रा०मा० खण्ड, डोईवाला। 2. प्रान्तीय खण्ड, देहरादून। 3. निर्माण खण्ड, देहरादून। 4. पी०एम०यू०, ए०डी०बी०, देहरादून। 5. रा०मा० खण्ड, देहरादून। 6. प्रमुख अभियंता कार्यालय, देहरादून। 7. क्वालिटी कंट्रोल सैल, देहरादून। 8. अस्थाई खण्ड, थरपुड़। 9. अस्थाई खण्ड, ताहिया। 10. राष्ट्रीय मार्ग खण्ड, बड़कोट।	☒ धारा 17 (1) (ख) (एक) ☐ धारा 17 (1) (ख) (दो) ☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17 (1) (ख) (चार) ☐ धारा 17 (1) (ख) (पांच) ☒ धारा 17 (1) (ख) (छ) ☐ धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण राज्य चिकित्सा परिषद- उत्तराखण्ड (मेडिकल बोर्ड) का प्रमाण पत्र संलग्न है। वर्तमान में प्रायों की लगभग 15 वर्ष की सेवा दुर्गम में हो चुकी है।	प्रायों क पिताजी Potts Spine (Tuberculosis of Spine) से पीडित होने का कारण 2 वर्षों से Bedridden है। पूर्व में दुर्गमग्रवंश का रोग हो गया था। उनके देखभाल के बाद-बार स्वास्थय परिलक्षण हेतु डाक्टर को दिखाना पड़ता है, जिस कारण दुर्गम से सुगम खण्ड में स्थानान्तरण करने की कृपा करें। ऐच्छिक स्थान उपलब्ध न होने पर मुझे यथावत, निर्णय पुरोला में रखने की कृपा करें

हस्ताक्षर (व्यक्तिगत)



नाम - पुष्पेन्द्र कुमार मिश्रा
 पदनाम - सहायक अभियंता (सिविल)
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

हस्ताक्षर कार्याध्यक्ष



नाम - दीपक कुमार
 पदनाम - अधिशासी अभियंता
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

(चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, उत्तराखण्ड शासन के कार्यालय डाक संख्या-298 धि0110/2001-145 (वि)/2001 दिनांक 05.05.2001 द्वारा मसिफ)



—:: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र ::—



LTI

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री मुक्ति नारायण मिश्रा

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-194/8/1/2022/12309 दिनांक 28.05.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री मुक्ति नारायण मिश्रा पिता श्री पुष्पेन्द्र मिश्रा उम्र लगभग 78 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 16.06.2022 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF POTTS SPINE (D9-D10)
IC. TUBERCULOSIS OF SPINE - POWER.
Grade III. - NEEDS REGULAR FOLLOW
UP & TREATMENT

पाया गया।

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

छायाप्रति प्रमाणित
सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०
पुरीला

(डा० शशिबाला)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

स्पीड पोस्ट

प्रेषक,

महानिदेशक / अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

सेवा में,

अधिशारी अभियन्ता,
निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग,
पुरोला।

पत्रांक—

रा0चिकि0परि0—568 / 2022 /

दिनांक: 16 जून, 2022

विषय—

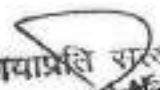
श्री मुक्ति नारायण मिश्रा पिता श्री पुष्पेन्द्र मिश्रा के स्वास्थ्य परीक्षण विषयक।

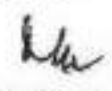
महोदय,

उपर्युक्त विषयक महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक—19प/8/1/2022/12309 दिनांक 28.05.2022 के अनुपालन में श्री मुक्ति नारायण मिश्रा दिनांक 16.06.2022 को राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख अपना स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुये, परीक्षण रिपोर्ट आपको इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित की जा रही है।

संलग्नक :- 01 पृष्ठ (परीक्षण रिपोर्ट)

भवदीय,


छायाप्रति सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग,
पुरोला


सचिव / मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का

प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता क्रम में	एवट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री अरविन्द प्रताप सिंह	सहायक अभियन्ता (प्रभारी)	रा.ग.खण्ड लो.नि.वि. बडकोट	टिहरी गढ़वाल/देव प्रयाग	1.रा.ग.खण्ड लो.नि.वि. डोईमाला। 2.रा.ग.खण्ड लो.नि.वि. देहरादून। 3.अस्थाई खण्ड लो.नि.वि.अधिकार। 4.निर्माण खण्ड लो.नि.वि. देहरादून। 5.प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. देहरादून।	घात के नाम को आगे ✓ लगाये ✓ धारा 17(1) (ख) (एक) □ धारा 17(1) (ख) (दो) □ धारा 17(1) (ख) (तीन) □ धारा 17(1) (ख) (चार) □ धारा 17(1) (ख) (पांच) □ धारा 17(1) (ख) (छ) □ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण Lower back bone में रिलप डिस्क (साध्य संलग्न)	महोदय मैं विभाग में अगस्त 2004 से कार्यरत हैं तथा मेने लगभग 13 साल पहाड़ी एवं दुर्गम क्षेत्रों में राजकीय सेवायें दी है तथा वर्तमान में भी दे रहा हूँ किन्तु दिनांक 18.08.2021 को कार्यस्थल से लौटने के पश्चात रात्रि में मेरी कमर में अत्यधिक दर्द हुआ जिस कारण मे विस्तर से खड़े होने में भी असमर्थ था, मुझे वहाँ पर प्राथमिक उपचार देने के पश्चात देहरादून कैलाश अस्पताल लाया गया, डा० द्वारा MRI करने से पश्चात बताया गया कि Lower back bone में रिलप डिस्क हुआ है, जिसके लिए दो हफ्ते का पूरा Bed Rest तथा आगे लम्बी यात्रा करने से बचने की सलाह दी गयी है। महोदय बडकोट क्षेत्र अतिदुर्गम होने के कारण यहां पर चिकित्सकीय सुविधाओं का अभाव है जिस कारण मुझे अपने इलाज के लिए बार-बार देहरादून जाना पड़ता है तथा अपने राजकीय कार्यों के सम्पादन करने में भी मुझे परेशानियों का सामना करना पड़ता है।

नोट:- कौलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में तक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एवट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यिक)

नाम- अरविन्द प्रताप सिंह

पदनाम- प्रभारी सहायक अभियन्ता

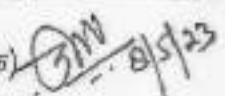
हस्ताक्षर (कार्यालयीय)

नाम- रा.ग.खण्ड लो.नि.वि. बडकोट

पदनाम-

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						धारा का नाम	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	गुणुन्जय शर्मा	सहायक अभियन्ता	कार्यालय मुख्य अभियन्ता लो०नि०वि० हल्द्वानी	काशीपुर ऊहमसिंह नगर	1. 9 वां वृत्त लो०नि०वि० देहरादून। 2. मुख्य अभियन्ता रा०मा० देहरादून। 3. क्षेत्रीय कार्यालय लो०नि०वि० देहरादून। 4. सिविल वृत्त लो०नि०वि० हरिद्वार। 5. 10 वां वृत्त लो०नि०वि० देहरादून। 6. रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० देहरादून। 7. अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० सहिया। 8. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० दुमड्डा। 9. रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० श्रीनगर। 10. रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० डोईवाला।	धारा 17 (1) (ख) (एक)	1. श्री गुरुराम राम मेडिकल कॉलेज का रिपोर्ट कार्ड। (पृष्ठ सं० 2 व 3) 2. एक्सरे (पृष्ठ सं० 4 व 6) 3. एक किडनी होने के प्रमाण पत्र (पृष्ठ सं० 7) 4. अत्यधिक सुगर होने के प्रमाण (पृष्ठ सं० 8 व 11)	प्राथी के पत्नी के कुलेह की हड्डी में चार जगह पर फ्रैक्चर हो गया है। (Superior and Inferior Public rami Fracture left side with K,C,O) एवं प्राथी की पत्नी की एक किडनी एवं अत्यधिक सुगर होने के कारण विशेष सावधानी रखने के कारण प्राथी का स्थानान्तरण कॉलेज सं० 8 में उल्लेखित स्थानों में करने की महति कृपा करें।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 
नाम- गुणुन्जय शर्मा
पदनाम-सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
नाम- महिपाल सिंह रावत
पदनाम-मुख्य अभियन्ता (अति०प्र०)
मुख्य अभियन्ता
लो०नि०वि० हल्द्वानी

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	महेश चन्द्र जोशी	सहायक अभियन्ता	मी०आई०पू०, लो०नि०वि०, तुलीगाड, टनकपुर	जनपद अल्मोड़ा, तहसील मिकयासेड	1. प्रा०ख०, लो०नि०वि०, हरिद्वार 2. वृत्तीय कार्यालय, लो०नि०वि०, हरिद्वार 3. रा०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून/रुड़की 4. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, लखनऊ 5. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की 6. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, न्यायिकेश 7. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून 8. रा०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, कोईवाला 9. प्रा०ख०, लो०नि०वि०, देहरादून 10. अरथाई खण्ड, लो०नि०वि०, राहिया	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ✓ धारा 17(1) (ख) (एक) धारा 17(1) (ख) (दो) धारा 17(1) (ख) (तीन) धारा 17(1) (ख) (चार) धारा 17(1) (ख) (पांच) धारा 17(1) (ख) (छः) धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण यिकिस्ता प्रमाण पत्र की छायाप्रति	

M. C. Joshi.
M. C. Joshi.
A.B.

OK

M. C. Joshi.

29/04/23
(*इं०डा०ए०जी०पी०ए०*)
अभिषेक अभियन्ता
मी०आई०पू० तुलीगाड
टनकपुर चम्पावत)

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2 (संसोधित)

खण्ड का नाम:-निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 रानीखेत।

क्र. सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / सहायक का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	दान सिंह	सहायक अभियन्ता (सिविल)	निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, रानीखेत	पिछौरागढ़ / मंगोलीहाट	1- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड हल्द्वानी। 2- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड रानीखेत 3- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लोहाघाट 4- मुख्य अभियन्ता क्षेत्रीय कार्यालय हल्द्वानी। 5- मुख्य अभियन्ता क्षेत्रीय कार्यालय अल्मोडा।	धारा के नाम के आगे 'टिक' लगाये धारा 17(1) (ख) (एक) ☒ धारा 17(1) (ख) (छ) ☒ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☒ धारा 17(1) (ख) (चार) ☒ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☒ धारा 17(1) (ख) (छ) ☒ धारा 17(1) (ख) (सात) ☒	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण मण्डलीय भिकिस्ता परिषद वैनीताल द्वारा प्रदत्त भिकिस्ता प्रमाण पत्र (स्वप्रमाणित)-संलग्न	रिलेड डिस्क/लम्बर स्पॉन्डोरसइटिस की पीछादायक बीमारी के कारण पैदल चलने-बार-बार खड़ा करने में कार्यन्त कठिनाई है। नव निर्माण के मोटर मार्गों के कच्चे एवं अन्य भिन्न-भिन्न अलग-अलग दूरस्थ स्थित कार्यों हेतु बार-बार यात्राएं करने के कारण उक्त समस्या और अधिक गम्भीर हो जाती है तथा उपचार प्रभावित होता है। निवेदन है कि प्रार्थी का स्थानान्तरण कालम 6 में अंकित खण्ड/कार्यालय में कमजोर प्राथमिकता के आधार पर करने की कृपा दी जाय।

नोट:- कालम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सचिव स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्गिक)

नाम-दान सिंह

पदनाम- सहायक अभियन्ता

अभिप्रेत अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0,
रानीखेत

मण्डलीय चिकित्सा बोर्ड - मैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री राम सिंह उम्र 60 कार्यलय-अधिकारी अभियन्ता निगम खण्ड लोक निर्माण विभाग रानीखेत, जलोढ़ा जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 07.12.2021 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के सम्म उपस्थित हुये।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण बी०डी० पाण्डे जिला चिकित्सालय मैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण जो राजकीय चिकित्सालय रानीखेत/प्रधान आयुर्वेदिक सेन्टर हल्द्वानी/कान्हे एम्ब रिलेव सेन्टर हल्द्वानी/विनोद जोशी चिकित्सालय हल्द्वानी/इंफुन्टरी मेटरनिटी चिकित्सालय हल्द्वानी से प्रदत्त है जो संलग्न में लिपि मया।

*nodulocystic lesion of multiple level lungs with
to curbing progress
to swelling, lifting of heavy weights
& climbing stairs.*

ड० (राम सिंह)
ड० प्रमाणित/सीएनओ

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मैनीताल

Janu Arora
PRESIDENT,
DR. MEDICAL BOARD
MAINI TAL

हस्ता प्रमाणित
27/05/2023
(हस्ताक्षर)
स. अ. नि. ख.
एम्. नि. वि. इ. एम्. ए.

MEMBER
MEDICAL BOARD
MAINI TAL

सदस्य
MEMBER
MEDICAL BOARD
MAINI TAL

कार्यालय- मुख्य चिकित्सा अधिकारी, मैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2021-22

प्रतिलिपि- अधिकारी अभियन्ता निगम खण्ड लोक निर्माण विभाग रानीखेत, जलोढ़ा को उनके पत्र दिनांक 04 दिसम्बर, 2021 के क्रम में सूचनाएं प्रेषित।

दिनांक 07 दिसम्बर 2021

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मैनीताल

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						7	8	
1	विजय कुमार	प्रभारी सहायक अभियन्ता	प्र० एण्ड. लो० नि० वि० उत्तरकाशी	हरिद्वार रुड़की	1. अस्थाई बंगला लो० नि० वि० माधवपुर 2. निर्माण एण्ड. रेहडान 3. शान्ति एण्ड. रेहडान 4. शब्दीय राजमार्ग एण्ड. डीवाला 5. अस्थाई दरवाजा - सैदिया - 6. शब्दीय राजमार्ग एण्ड. रेहडान 7. प्रा० एण्ड. हरिद्वार 8. अस्थाई बंगला लक्सर 9. अस्थाई बंगला धरमपुर 10. निर्माण एण्ड. पोम्बा	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☒ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण सक्षम अधिकारी द्वारा निम्न लिखित साक्ष्यों का प्रमाण पत्र सलग्न - 1. प्रमाण पत्र 2. सलग्न	प्रमाण पत्र के आधार पर प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने में परेशानी होगी।

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति सलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- विजय कुमार

पदनाम- प्रभारी सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- डॉ० राजनीश कुमार

पदनाम- सहायक अभियन्ता

No. M-2/81-82

Dated 14/2/82

HANDICAP CERTIFICATE IN ACCORDANCE WITH THE G.O. 7/42071
KAIMIK-2 DATED MAY 20, 1978

We examined Sri/Smt. Vijay Kumar

age about 21

years Son of daughter of/wife of Sri Pradyumn Singh

Singh

resident of

Village Mohanpur Post P.O. Haridwar

whose LTI/BFI is given below and certify that he/she is a case of loss of both hands

Q. Loss of both hands & forearm deformity at C7 & T1

Q. Loss of both hands & forearm deformity at C7 & T1
inferior angle of C7 Scapula

We certify that he/she is permanently physically handicapped person.

Orth. surgeon
(Member)

14/2/82

Eyo Surgeon
(Member)

14/2/82

Chief Medical Officer
Haridwar

LTI/BFI of the candidate



Attested



अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	प्रमाणित कार्यालय का नाम	नगर जनपद/तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियोजना क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	जीन.सं.सेना	सहायक अभियन्ता	प्रमुख आभे. एवं विभागाध्यक्ष कार्यालय लो.नि. देहरादून	अभियन्ता मि.वि.	① स.प्र.सं.लो.नि. देहरादून ② स.प्र.सं.लो.नि. मि. जे.बाला ③ स.प्र.सं.लो.नि. मि. देहरादून ④ स.प्र.सं.लो.नि. मि. देहरादून ⑤ स.प्र.सं.लो.नि. मि. देहरादून ⑥ स.प्र.सं.लो.नि. मि. देहरादून	धारा के नाम के आगे ✓ लगावे ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☒ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत सक्षमों का विवरण सक्षम नि.वि. देहरादून का पत्र पत्रा. प्र.सं.लो.नि. देहरादून में कार्यरत हैं	धारा 17(1) (ख) (एक) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (दो) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (तीन) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (चार) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (पांच) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (छ) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। धारा 17(1) (ख) (सात) के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सलग स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यालय)

नाम- जीन.सं.सेना

पदनाम- सहायक अभियन्ता
प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष
लो.नि. देहरादून

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-

पदनाम-

मि. वि. दे.

मि. वि. दे.

अधिरात्री अभियन्ता (अधिरात्री)
कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष
लोक निर्माण विभाग, देहरादून

श्री प्रवीण

मुख्य निमित्तकारी/सचिव
राज्य शिक्षण परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

दिनांक 05/12/2018 को राज्य शिक्षण परिषद उत्तराखण्ड देहरादून की बैठक मुख्य निमित्तकारी/सचिव के कार्यालय में सम्पन्न हुई जिसमें श्री प्रवीण आयु लगभग 41 वर्ष के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रखण महानिदेशक शिक्षण, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण उत्तराखण्ड देहरादून के पत्र संख्या 191/8/478/2018/23037 दिनांक 05/12/2018 व मतभंग से बाध हुआ। सदानीत पत्र के अनुषंगान्त में श्री प्रवीण राज्य शिक्षण परिषद के सम्बन्ध में प्रवेश हेतु परीक्षण हुए।

राज्य शिक्षण परिषद के मतभंग द्वारा श्री प्रवीण का स्वास्थ्य परीक्षण किया गया और परीक्षणफलान्त उन्हें प्रवेश हेतु योग्य माना गया।
दिनांक 05/12/2018

भवया गया।

6/12/2018

मुख्य निमित्तकारी/सचिव
राज्य शिक्षण परिषद
उत्तराखण्ड देहरादून।

मुख्य निमित्तकारी/सचिव
राज्य शिक्षण परिषद
उत्तराखण्ड देहरादून।

(डा० रातकरा रायचंद)
मेड सलम/सदस्य
राज्य शिक्षण परिषद
उत्तराखण्ड देहरादून।

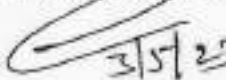
महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य शिक्षण परिषद
उत्तराखण्ड देहरादून।

श्री प्रवीण

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	मिरीश चन्द	लहाफु सहायक (पुत्री)	निर्माण एवं मोर्निंग ऑफिसर	अल्मोड़ा जिला	1. हा.मो. जिला 2. नि. (अ. ह. व. ल.) 3. प्र. (अ. म. ड. प.) 4. नि. (अ. ज. व. ल.) 5. नि. (अ. ग. म. व. ल.) 6. नि. (अ. क. म. व. ल.) 7. अ. (अ. म. व. ल.)	☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण इफ्तार के पत्र एवं जॉन रिपोर्ट मालूम (जो कि वृत्तान्त के लिए लम्ब-पी गार्ड बिनासी (Biting Liver Grade II) में शामिल है। डॉ. जॉर्ज का निदान-रिपोर्ट स्वास्थ सुविधा पुस्तक स्थान पर फल से हटा करे।

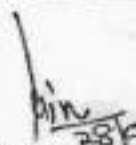
नोट- कॉलन संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 
 नाम- मिरीश चन्द
 पदनाम- लहाफु सहायक (पुत्री)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
 नाम- 
 पदनाम- अधिकारी अभियन्ता
 निर्माण एवं मोर्निंग ऑफिसर
 अल्मोड़ा जिला

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यस्थल का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्वाभाविक कारण हेतु ऐच्छिक श्रम (10 नं०) परीक्षा क्रम में	एवं की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	7	8		8
1	आनन्द मिश्री	प्रभारी सहायक अभियन्ता	प्रा०ख०, डीडीहाट	अल्मोड़ा/रानीखेत	(1) रा०मा०ख०, हल्द्वानी (2) नि०ख०, हल्द्वानी (3) नि०ख०, रामनगर (4) प्रा०ख०, रुद्रपुर (5) नि०ख०, काशीपुर (6) अ०ख०, नवाली (7) रा०मा०ख०, लोहाघाट (8) रा०मा०ख०, धूमकोट (9) रा०मा०ख०, रानीखेत (10) नि०ख०, अल्मोड़ा	धारा के नाम के आगे '✓' लगावे ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पाँच) ☒ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण समस्त रिपोर्ट संलग्न। — — — — — — — —	मेरी पत्नी सन् 2007 में किसी न किसी बिमारी से ग्रसित रही है, जिसमें लगभग दिनांक 03 सित्तों से घुटनों के दर्द से परेशान रहती है। इससे पूर्व सन् 2019 में कान के परदे का आपरेशन, सन् 2007 में किडनी स्टोन, सन् 2005 में ब्रेस्ट सिस्ट का आपरेशन हो चुका है, जिस कारण पत्नी को चलने फिटने में परेशानी का सामना करना पड़ता है व लगातार दवाईयों का सेवन करना पड़ता है व धरेलु वहाँ में परेशानी होती है। इस कारण पत्नी कभी अवसादग्रस्त भी हो जाती है, जिस कारण पत्नी की सुरक्षा व सहारे की आवश्यकता रहती है।


 (ई० आनन्द मिश्री)
 प्रभारी सहायक अभियन्ता
 प्रा०ख०, लो०नि०वि० डीडीहाट


 (ई० ज्योतीश प्रसाद)
 अधिशासी अभियन्ता
 प्रा०ख०, लो०नि०वि० डीडीहाट



अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप -2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थान करियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	विनेश कुमार	सहायक अभियन्ता (सिविल)	मुख्य अभियन्ता, रा०मा०, लोक निर्माण विभाग, उत्तराखण्ड, देहरादून।	देहरादून / सहर	1 रा०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, डोईवाला 2 रा०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून 3 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून 4 प्रान्तीय खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून 5 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की (हरिद्वार)	1- धारा 17(ख)एक, 2- 7घ (तीन) 3- 3घ, 4- धारा 13(4)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण चित्तिरत्ता प्रमाण पत्र	गम्भीर रोगग्रस्त कार्मिक को 7घ (तीन) (संलग्नक- 1) एवं धारा 3घ के अनुसार अनिवार्य स्थानान्तरण में छूट का प्राविधान है एवं धारा 17(ख)एक, धारा 13(4) (संलग्नक- 2, 3) के अन्तर्गत प्रार्थी अनुरोध के आधार पर ऐच्छिक स्थानान्तरण का पात्र है। साथ ही लगभग 10 वर्षों की दुर्गम की सेवा पूर्ण है।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- विनेश कुमार

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कर्मलियावल)

नाम- इ० दीपक कुमार यादव

पदनाम- मुख्य अभियन्ता, स्तर-1

महानिदेशक/अध्यक्ष
उत्तराखण्ड, देहरादून।
राज्य चिकित्सा परिषद

स्वा. मे.

अधिकांशी अभियंता,
अरथाई खण्ड, लोन्गिबि,
चक्राता।

पत्रांक-राचिकिपरि/2019/3937

दिनांक 17 अक्टूबर, 2019

विषय- श्री विनेश कुमार के स्वास्थ्य परीक्षण विषयक।

महोदय,

उपरोक्त विषयक महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्र संख्या 89/8/67/2019/20670 दिनांक 13.10.2019 के अनुषंग में अवगति श्री विनेश कुमार दिनांक 17.10.2019 को राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख अपना स्वास्थ्य परीक्षण करवाने हेतु उपस्थित हुई, परीक्षण रिपोर्ट आपको इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित की जा रही है।

सन्दर्भ- उपरोक्तानुसार।

भवदीय,

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Self attested

18/10/2019

हस्ताक्षर प्रमाणित
श्री विनेश कुमार

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

दिनांक 17.10.2019 को राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड देहरादून की बैठक मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव के कार्यालय कक्ष में सम्पन्न हुई, जिसमें श्री विनेश कुमार आयु वर्ग 40 वर्ष के स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रकरण महाविदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड देहरादून के पत्र संख्या 199/8/57/2019/20670 दिनांक 18.10.2019 के माध्यम से प्राप्त हुआ। संदर्भित पत्र के अनुपालन में श्री विनेश कुमार स्वास्थ्य परीक्षण हेतु राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख उपस्थित हुये।

राज्य चिकित्सा परिषद के सदस्यों द्वारा श्री विनेश कुमार का स्वास्थ्य परीक्षण किया गया और परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF PITUITARY MACROADENOMA
& ADRENAL ADENOMA - REQUIRES REGULAR
MEDICATION & FOLLOWUP

गया गया।

(स) राज्य चिकित्सा परिषद
मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सचिव
उत्तराखण्ड देहरादून।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सचिव

(स) राज्य चिकित्सा परिषद
नेत्र सर्जन/सदस्य
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महाविदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री सुरेश बाबू पाल	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो.नि.वि. गैरसैण	देहरादून/देहरादून	1- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. हरिद्वार। 2- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. रुड़की। 3-राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लो.नि.वि. डोईवाला। 4-अस्थाई खण्ड लो.नि.वि. ऋषिकेश। 5- अस्थाई खण्ड लो.नि.वि. कीर्तिनगर। 6- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लो.नि.वि. श्रीनगर। 7- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. चम्पा। 8- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. नई टिहरी। 9- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. सहिया। 10- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. पीड़ी।	☒ धारा 17 (1) (ख) (एक) ☐ धारा 17 (1) (ख) (दो) ☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17 (1) (ख) (चार) ☐ धारा 17 (1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17 (1) (ख) (छः) ☐ धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण। राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड द्वारा निर्गत स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र। 2- त्रिस्कीपान की छाया प्रति।	महोदय, मेरी पत्नी को SLE की बीमारी होने के कारण किडनी में समस्या हो गयी है। यह बीमारी एक Chronic Disease होने के कारण मरीज को डाक्टर की देख-रेख में रहना पड़ता है। महोदय पहले उनका उपचार A.I.I.M.S HOSPITAL DELHI में व वर्तमान में विगत 10 वर्षों से APPOLO HOSPITAL DELHI में चल रहा है, (संलग्न छायाप्रति) है। महोदय, उनको राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड द्वारा निर्गत स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र में Regular Follow up & Treatment हेतु लिखा गया है। (संलग्न छायाप्रति) महोदय मुझे उनके उपचार हेतु गैरसैण से दिल्ली आने-जाने में समस्या रहती है। इसलिये मेरा स्थानान्तरण ऐच्छिक स्थानों पर करने की कृपया करें। मैं आपका सदैव आभारी रहूँगा।

नोट:- कॉलम संख्या 07 में दर्शाये गये आधार के समबन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकता है।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम-

पदनाम-

सुरेश बाबू पाल
प्रभारी सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-

पदनाम-

सुरेश कुमार
Executive Engineer
Construction Division
P.W.D Gairsain

पुलित्जर पुरस्कार विजेता, अमेरिकन लेखक, कवि, नाटककार, और चर्चित उपन्यासकार जॉर्ज एच. डब्ल्यू. बुश (1873-1963) का जन्म 1873 में हुआ था।



फार्म

मुख्य विधिव्यवधिकारी / सचिव
राज्य विधिमंडल परिषद्
उत्तराखण्ड देहरादून।

परीक्षणीपरान्त उन्हें A CASE OF ACTIVE LUPUS NEPHRITIS
CAUSE SIE. NEEDS REGULAR FOLLOW UP AND
TREATMENT — — — — —

(डा० एम० एन० सिंह)
आचार्य/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी / रुग्ण
राज्य चिकित्सा परिषद्
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० शशिबेन)
नेत्र सज्जन / सल्लाह
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेश / अधिसूचना
राज्य शिक्षितता परिषद
वृत्तराज्यमंडल देहरादून

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	मूल जनसंख्या / वसती स्थान का नाम	स्थापना हेतु 10 ऐच्छिक स्थान बरिदा क्रम में	एवं की द्वारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है।	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
						धारा के नाम के आगे टिक लगाये		
1	डॉ. रमेश चन्द्र पाण्डेय	सहायक अभियंता	निर्माण एवं लोक निर्माण विभाग कपकोट	जयपुर नगर तहसील-जयपुर	1. जयपुर नगर तहसील। 2. जयपुर नगर तहसील मु. देवराजपुर। 3. जयपुर नगर तहसील कोईवाला। 4. जयपुर नगर तहसील हरिद्वार। 5. जयपुर नगर तहसील सूरपुर। 6. जयपुर नगर तहसील सूरपुर। 7. जयपुर नगर तहसील नैनीताल। 8. जयपुर नगर तहसील रामनगर। 9. जयपुर नगर तहसील खण्ड। 10. जयपुर नगर तहसील देवराजपुर।	धारा 17 (1) (ख) (1)	मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र एवं अन्य दस्तावेज	प्रार्थी को 21 जून 2022 को हर्ट अटैक आने के पश्चात् 22 जून 2022 को जयपुर नगर तहसील की कृष्ण हॉस्पिटल में एडमिशन कराया गया है। जिस कारण प्रार्थी की हार्ट पंपिंग (इन्जेक्शन देना) हो रही है। अतः प्रार्थी का स्वास्थ्य सुधरने की कृपा करें जिस हेतु प्रार्थी जीवनभर आभार व्यक्त करेंगे। संलग्न मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र एवं अन्य दस्तावेज।

प्रार्थी को जयपुर नगर तहसील में निर्माण एवं लोक निर्माण विभाग का आवास प्रदान करना अनिवार्य होगा, तभी एवं की द्वारा के अंतर्गत खर्च दिया जाएगा।

नोट- कृपया संख्या -07 में दर्शाये गये आधार को ध्यान में रखते हुए ही निर्माण प्रमाण पत्र स्वीकृति प्राप्त करने का अनुरोध होगा, तभी एंव की द्वारा के अंतर्गत काम दिया जाएगा।

हस्ताक्षर (प्रार्थी)

नाम- डॉ. रमेश चन्द्र पाण्डेय
पदनाम- सहायक अभियंता

हस्ताक्षर (कार्यालय/पदाधिकारी)

नाम- जयपुर नगर तहसील अभियंता
पदनाम- अभियंता
निर्माण एवं लोक निर्माण विभाग कपकोट (जयपुर)

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री रमेश चन्द्र पाण्डे, उम्र 44 कार्यालय- अधिशासी
निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग कपकोट, बागेश्वर जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे
हैं अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 26.07.2022 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित
हुए।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत
चिकित्सा अभिलेख जो श्री कृष्णा अस्पताल काशीपुर से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त उन्हें Cerebral Thrombosis PTCA EF 48
7 Temp. 98.5

पाया गया। साथ ही उन्हें नियमित फॉलोअप की सलाह दी
जाती है।

हो (रमेश चन्द्र पाण्डे)
हो प्रमाणित: सी०एम०ओ०

Dr.
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

Jana Begg
26/07/22
PRESIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL

Dr.
सदस्य
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

Dr.
सदस्य
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2021-22

दिनांक जुलाई 26, 2022

प्रतिलिपि- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग कपकोट, बागेश्वर को उनके पत्र
दिनांक 07.07.2022 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

Dr.
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

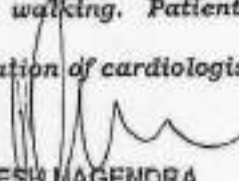
Self-Attested

Date: 29/06/2022
SKH/M.C/21-22/-107

TO WHOM SO EVER IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr. Ramesh Chandra Pandey
Age.44 Years male) S/o. Lt. Shri K N Pandey R/o.
Kundeshwari, Kashipur-244713 was admitted and under
my treatment in this hospital from 22.06.2022 as a
case of IHD/Acute AWTI/Trop-t (+) CAG-SVD/PCI to
LAD/EF-40% and discharged on 24.06.2022 in
satisfactory condition.

He is advised not to stay in high altitude & avoid
uphill walking. Patient needs to be under close
observation of cardiologist on regular bases.


Dr. YOGESH NAGENDRA
M.D., D.M. (CARDIOLOGY)
Interventional Cardiologist
Reg. No. 7831
Shree Krishna Hospital, Kashipur

Self Advised


Opp. Chamunda Mandir, Girital, Kashipur (U.S.Nagar) Uttarakhand
Tel: 05947-277027, +91-8192005701 (A unit of Girital Medicare LLP)
For Appointment : समय प्रातः 07 बजे से 09 बजे तक मो. 8192005706

Not For Medical Legal Purpose

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियोजना क्रम में	एक की धारा जिसका अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
						धारा के नाम के आगे सही लगाये	प्रस्तुत तथ्यों का विवरण
1	हेमन्त चन्दोला	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट	बागेरवर	प्रान्तीय खण्ड लो0नि0वि0 अल्मोड़ा निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अल्मोड़ा प्रान्तीय खण्ड लो0नि0वि0 राणीखेत प्रथम वृत्त लो0नि0वि0 अल्मोड़ा अस्थाई खण्ड लो0नि0वि0 भवाली निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 लोहाघाट निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 दुगडवा रा0मा0 लो0नि0वि0 धुमाकोट स्वातंत्र्य क्रांति लो0नि0वि0 देहली रा0मा0 लो0नि0वि0 धुमाकोट	☒ धारा 17(1) (ख) (एक)	वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 17(1) (ख) (एक) के अनुसार मकानों Cervical & Spondylitis रोगरोग से पीड़ित है, जिसके लक्ष्य की धाराप्रति संलग्न है। मालाजी की उम्र लगभग 55 वर्ष है जो Cervical & Spondylitis रोगरोग से पीड़ित है, एवं वर्तमान में सुखीला तिलारी हल्द्वानी से सम्बन्धित है। उनके लगातार चिकित्सीय परामर्श एवं उपचार के साथ-साथ निर्धारित देखभाल की आवश्यकता पड़ती है। अतः सादर अनुरोध है कि वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 17 (1)(ख) (एक) धारा 17-1 (ख) (क) के अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थानों में से किसी एक खण्ड में कार्रवाई की जाए।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- हेमन्त चन्दोला

पदनाम- सहायक अभियन्ता

निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट

OK

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)

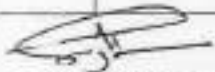
नाम- संजीव राठी

पदनाम- अधिशासी अभियन्ता

निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप- 2

क्र.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में।	एक्ट की धारा	किसके अनुसार अनुरोध किया गया है।	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री शंकर सिंह	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट	अल्मोड़ा/ अल्मोड़ा	प्रा0ख0 रानीखेत	धारा का नाम	प्रस्तुत बाणों का विवरण	पिताजी की उम्र लगभग 70 वर्ष है जो Lung Ca. (गम्भीर रूप से रोगग्रस्त, मानसिक रोग से पीड़ित) एवं वर्तमान में राजीव गांधी कैंसर हॉस्पिटल नई दिल्ली से उपचारित है। उन लगातार चिकित्सकीय परामर्श एवं उपचार के साथ-साथ नियमित देखभाल की आवश्यकता पड़ती है। असादर अनुरोध है कि वार्षिक स्थानान्तरण अधिनियम की धारा- 17 1 (ख) (एक) के अनुसार पिताजी Lung Cancer (गम्भीर रूप से रोगग्रस्त) से पीड़ित है जो कि स्वास्थ्यकाल अधिनियम की धारा- 3 के खण्ड (घ) से आश्रयित है, के आधार पर आवेदन। साक्ष्य हेतु स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 3 ब के अनुसार वैधित जनपद स्तर के निर्दिष्ट अधिकारी मुख्य चिकित्सा अधिकारी अल्मोड़ा द्वारा निर्गत चिकित्सा प्रमाण पत्र संलग्न है।
2				रा0मा0 खण्ड धूमाकोट	धारा- 17 1 (ख) (एक)			
3				रा0मा0 खण्ड रानीखेत				
4				प्रान्तीय खण्ड अल्मोड़ा				
5				रा0मा0 खण्ड हल्द्वानी				
6				प्रान्तीय खण्ड रुद्रपुर				
7								
8								
9								
10								


 श्री शंकर सिंह
 सहायक अभियन्ता,
 निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट


 श्री संजीव राठी
 अधिशासी अभियन्ता,
 निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 अस्कोट

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, अल्मोड़ा।

चि०प्र०प०/2021-22/ 167-68

दिनांक, 05-04-2022

चिकित्सा प्रमाण पत्र

अधिशायी अभियंता निर्माण खण्ड, लो० नि० वि०, अस्कोट के पत्र संख्या:-227/2 जी०ई० दिनांक, 09-03-2022 के क्रम में श्री शंकर सिंह, सहायक अभियंता के पिता श्री शेर सिंह उम्र 74 वर्ष निवासी, ग्राम-बेलवाल गोंव, पो० आ०-जमराड़ी, विकासखण्ड, भैसियाछाना, जिला अल्मोड़ा जो कि, वर्तमान में राजीव गाँधी कैंसर हास्पिटल नई-दिल्ली में उपचारित है, के चिकित्सा अभिलेखों के अवलोकन/जॉच करने के पश्चात प्रामाणित किया जाता है कि, श्री शेर सिंह lung cancer से पीड़ित है एवं उनके द्वारा अगस्त 2015 में बॉये lung की सर्जरी राजीव गाँधी कैंसर हास्पिटल नई-दिल्ली में कराई गई थी। जिस कारण भविष्य में श्री शेर सिंह को लम्बे समय तक नियमित चिकित्सकीय परामर्श/उपचार एवं नियमित देखरेख की आवश्यकता है।

दिनांक, 05-04-2022

Ramesh

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
अल्मोड़ा।

पत्रांक:-चि०प्र०प०/2021-22/

5/4/2022 दिनांकित।

प्रतिलिपि, अधिशायी अभियंता निर्माण खण्ड, लो० नि० वि०, अस्कोट को उनके पत्र संख्या:-227/2 जी०ई० दिनांक, 09-03-2022 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
अल्मोड़ा।

Self Attested

Sir

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने हेतु

प्रारूप-02

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता क्रम में	एक ही गांव जिसके अन्तर्गत अनुत्तेज किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	श्री धनश्याम सिंह	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्पा	हरिद्वार भगवानपुर	1. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, हरिद्वार। 2. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, रुड़की। 3. अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, ऋषिकेश। 4. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, लक्सर। 5. रा0मा0 खण्ड, लो0नि0वि0, डोईवाला। 6. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, देहरादून।	गांव के नाम के आगे ✓ लगावे बारा 17(1) (ख) (एक) ✓ बारा 17(1) (ख) (दो) बारा 17(1) (ख) (तीन) बारा 17(1) (ख) (चार) बारा 17(1) (ख) (पाँच) बारा 17(1) (ख) (छ) बारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत छावनों का निवरण चिकित्सीय प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न कर प्रेषित है। महोदय प्रार्थी के पिता जी के फेफड़े पूर्ण तरह संक्रमित है। जिसके चिकित्सीय प्रमाण पत्र मुख्य चिकित्साधिकारी रोशनाराद हरिद्वार द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित है। उपरोक्त वर्णित परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुये स्थानान्तरण अधिनियम-2017 की धारा 3-(घ) का लाभ देते हुये उक्त ऐच्छिक स्थानों में से किसी एक स्थान पर स्थानान्तरण करने की कृपा करें।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 23.4.23
नाम :- धनश्याम सिंह
पदनाम :- सहायक अभियन्ता

05/05/23
(परमेश सिंह नेगी)
अधिसारी अभियन्ता
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0
चम्पा।



कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी रोशनाबाद,
जनपद हरिद्वार



फोन नं०-01334,239902, ईमेल—cmoharidwar@rediffmail.com, cmoharidwar2017@gmail.com

पत्रांक— ~~XXXX~~ /2019-20/1672

दिनांक 27.05.2019

सेवा में,

श्री धनश्याम सिंह, पुत्र श्री जीत राम
निवासी 703/1 न्यू आदर्श नगर
रुडकी।

विषय—श्री जीत राम पुत्र स्व० श्री चेताराम के बिमारी प्रमाण पत्र प्रतिहस्ताक्षरित करने के सम्बन्ध में।

आपको अवगत कराना है कि आपके द्वारा दिनांक 27.05.2019 के क्रम में अपने पिता श्री जीतराम जी के फेफड़ों में संक्रमण से सम्बन्धित बिमारी के प्रमाण पत्र प्रतिहस्ताक्षरित करने हेतु प्रार्थना की गयी। जिसके सन्दर्भ में श्री जीत राम जी का फेफड़ों में संक्रमण से सम्बन्धित बिमारी के प्रमाण पत्र जारी द्वारा डा० संजय सरिन एम०बी०बी०एस०एम०डी०, एम०एन०सी०सी०पी०, एम०आई०सी०ए०आई० (छाती, ऐस्थमा, एलर्जी रोग विशेषज्ञ) देहरादून एवं डा० कमलजीत सिंह एम०बी०बी०एस०एम०डी०, डी०एम० (कार्डियोलॉजी) के बाह्य रोगी पर्ची को प्रतिहस्ताक्षरित कर आपको प्रेषित किया जा रहा है।


मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यस्थल का नाम	पूरा जनपद / तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐंछिक स्थान परिचयता कम में	एक की धारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है।	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	प्रवीण अहलम	सहायक अभियन्ता (सिविल)	निजाम लोन्निविड कारीपुर	हरिद्वार / सडकी	वर्तमान तैनाती स्थल निजाम लोन्निविड कारीपुर 1 में यथावत	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये	अवगत करना है कि मेरी पत्नी श्रीमती जगा परवीन एवं 2011 से सम्मीर मानसिक रोग से पीड़ित है व उनका उपचार 2011 से ही वर्तमान तक जिला चिकित्सालय सडपुर के मानसिक रोग विभाजन से चल रहा है। मण्डलीय चिकित्सा परिषद मैन्डाल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा निर्गत पत्नी का चिकित्सा प्रमाण पत्र संलग्न
					2 निजाम लोन्निविड सडपुर	✓ धारा 17 (1) (ख) (एक)	
					3 यमुना गृह, उधमसिंहनगर		

संलग्न 1 मेडिकल बोर्ड द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि
2 अनुरोध हेतु प्रार्थना पत्र।

Palam

03/01/2023

हस्ताक्षर (वार्मिक)

नाम- प्रवीण अहलम

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

जगा परवीन

(श्री अरुण कुमार)

अभिजाती अभियन्ता

निजाम लोन्निविड कारीपुर

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।



प्रमाणित किया जाता है कि, श्रीमती शमा परवीन पत्नी श्री प्रवेज आलम कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, काशीपुर जिनके हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने पत्नी श्रीमती शमा परवीन उम्र 41 वर्ष को स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 07.06.2022 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया।

श्रीमती शमा परवीन का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा अभिलेख डा०नवीन सहाय बरेली एवं डा० अभिनव कुच्छल बरेली से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें Genaralized Anxiety Disorder a form of mental disorder on regular treatment suffering from palpitation, anxiety & panic attack प्रस्तुत पाया गया। इन्हें नियमित regular treatment से लाभ प्राप्त हो रहा है।

Shama Parveen

ह० (श्रीमती शमा परवीन) पत्नी
ह० प्रमाणित: सी०एम०ओ०

Pilom
श्री प्रवेज आलम

President
MEDICAL BOARD
NAINITAL

मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

Self attested copy

Pilom
AE

Member
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

Member
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2021-22

✓ प्रतिलिपि- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, काशीपुर को उनके पत्र दिनांक 01.08.2022 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

दिनांक जून 07, 2022

EC-L / श्री प्रवेज आलम ल०आ०

मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप -2

क्रम सं०	नाम	पद नाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जन्मपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐंष्टिक स्थान बरीयता क्रम में	एकट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	
1	2	3	4	5	6	7	8
						धारा के आगे ✓ लगायें	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण
1	इस्माईल अहमद शेख	सहायक अभियन्ता	द्वितीय वृत्त, लो०नि०वि० नैनीताल	उमरसिंहनगर/ चित्तूरगंज	द्वितीय वृत्त, लो०नि०वि० नैनीताल	☒ धारा 17(1) (ख) (एक)	छर्मपत्ती कैंसर रोग से पीड़ित है। मेडीकल बोर्ड, नैनीताल का प्रमाण पत्र संलग्न है।
						☐ धारा 17(1) (ख) (दो)	
						☐ धारा 17(1) (ख) (तीन)	
						☐ धारा 17(1) (ख) (चार)	
						☐ धारा 17(1) (ख) (पांच)	
						☐ धारा 17(1) (ख) (छ)	
						☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	

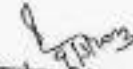
संलग्न :- 1. प्रार्थी का अनुरोध पत्र।
2. मेडीकल बोर्ड का अनुरोध पत्र

हस्ताक्षर (कार्मिक)



नाम :- इस्माईल अहमद शेख
पदनाम :- सहायक अभियन्ता
द्वितीय वृत्त, लो०नि०वि०
नैनीताल

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)



नाम :- डॉ० राजेन्द्र सिंह
पदनाम :- अधीक्षण अभियन्ता,
द्वितीय वृत्त, लो०नि०वि०
नैनीताल

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री ईस्माईल अहमद शेख, स्टॉफ ऑफिसर, कार्यालय- अधीक्षण अभियन्ता द्वितीय वृत्त, लोक निर्माण विभाग नैनीताल, जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, द्वारा अपनी पत्नी श्रीमती नाहिद बेगम उम्र 48 वर्ष को स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 18.03.2023 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया।

श्रीमती नाहिद बेगम, पत्नी श्री ईस्माईल अहमद शेख का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण जो श्री राम मूर्ती स्मारक बरेली तथा राजीव गांधी कैंसर हॉस्पिटल से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें

(अपने)

4 case of Ca Breast HD
for regular follow up

माया गया।

Nahid Begam

हो (श्रीमती नाहिद बेगम)

श्री ईस्माईल अहमद शेख

Jana Ayesha
18/03/23
PRESIDENT

MEDICAL BOARD,
NAINITAL

हो प्रमाणित: सी०एम०ओ०

मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साअधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2023-24

दिनांक :- 18 अप्रैल 2023

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधीक्षण अभियन्ता द्वितीय वृत्त, लोक निर्माण विभाग नैनीताल को उनके पत्र दिनांक 18.04.2023 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

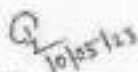
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं. 0	कर्म	सदस्यता	संलग्नक कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ राजसूत का नाम	संलग्नकता हेतु 10 परिचित स्थान विविधता कर्म में	एकट की वस्तु विवरण- अवगत अनुरोध विवरण में है।		लिपिकी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	सहायक अभियन्ता	सहायक अभियन्ता	निर्माण सचिव, लोक निर्माण विभाग, मेरीताल।	निर्माण सचिव/ मेरीताल	1- निर्माण सचिव, इलाहाबाद 2- सहायक सचिव, इलाहाबाद 3- सहायक सचिव, इलाहाबाद 4- सहायक सचिव, इलाहाबाद 5- सहायक सचिव, इलाहाबाद 6- सहायक सचिव, इलाहाबाद 7- सहायक सचिव, इलाहाबाद 8- सहायक सचिव, इलाहाबाद	घास के नाम के अन्तर्गत ✓ सम्पत्ति ☒ घास 17(1) (क) (एक) ✓ ☐ घास 17(1) (ख) (दो) ☐ घास 17(1) (ग) (तीन) ☒ घास 17(1) (घ) (चार) ✓ ☐ घास 17(1) (च) (पाँच) ☐ घास 17(1) (छ) (छह) ☐ घास 17(1) (ज) (सात)	प्रस्तुत सचिवों का विवरण 1- सहायक अभियन्ता सचिव मेरीताल द्वारा प्रस्तुत विविधता प्रमाण- पत्र। 2- घास के राजकीय सचिव में सहायता देने का प्रमाण-पत्र।	सहायक अभियन्ता सचिव मेरीताल द्वारा प्रस्तुत विविधता प्रमाण- पत्र। 2- घास के राजकीय सचिव में सहायता देने का प्रमाण-पत्र।

नोट:- कृपया सचिव 7 में दर्शाये गये आधार के संकेत में सहायक सचिव से निर्गत प्रमाण पत्र प्राप्तकरित जाया प्रति संलग्नकता अन्तर्गत लाया तथा एकट की घास की अवगतता लाभ दिया जायेगा।




10/05/23

(सहायक अभियन्ता)

सहायक अभियन्ता

निर्माण सचिव-लोक निर्माण विभाग,

मेरीताल।

गृह में संस्तुति सहीत

( राजेश कुमार पाण्डेय)

अधीक्षक अभियन्ता

निर्माण सचिव-लोक निर्माण विभाग,

मेरीताल।

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री शाहिद अख्तर, उम्र 47 कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग नैनीताल जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 23.08.2022 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद को समक्ष उपस्थित हुये।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा अभिलेख जो सुशीला तिवारी अस्पताल हल्द्वानी एवं अपोलो अस्पताल दिल्ली एवं सरगंगाचम अस्पताल दिल्ली से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें Case of Interstitial cystitis
pt need regular follow up as
Urologist due to cold climate at appropriate
in symptoms as cold climate & age Time being
23/08/22

हो (शाहिद अख्तर)

हो प्रमाणित सीओएमओ

[Signature]

**मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल**

स्व प्रमाणित

21/05/23

शाहिद अख्तर

सहायक अभियन्ता

नि ०२६० ००० सि ० वि ०

नैनीताल

**PRESIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL**

**MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL**

**MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL**

कार्यालय-मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2021-22

दिनांक अगस्त 23 2022

प्रतिलिपि- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग नैनीताल को उनके पत्र दिनांक 24.08.2022 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

[Signature]

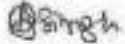
**मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल**

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	अजीतसिंह	सहायक अभियन्ता (सिविल)	प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि०, लैन्सडॉन (गडवाल)	हरिद्वार रुडकी	1-प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि०, हरिद्वार 2-निर्माण खण्ड, लो०नि०वि० रुडकी 3-निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, लक्कर 4-अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि० आर्थिकेश 5-सोमा०खण्ड, लो०नि०वि० रुडकी (मुख्यालय, देहरादून) 6-सोमा०खण्ड, लो०नि०वि०, खोईवाला 7-प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि०, देहरादून 8-निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून 9-सिविल वृत्त लो०नि०वि०, हरिद्वार 10-निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, नरेन्द्रनगर	धारा के नाम के आगे ✓ लगायें ☒ धारा 17(1)(ख)(एक) ☐ धारा 17(1)(ख)(दो) ☐ धारा 17(1)(ख)(तीन) ☐ धारा 17(1)(ख) (चार) ☐ धारा 17(1)(ख)(पांच) ☐ धारा 17(1)(ख)(छ) ☐ धारा 17(1)(ख)(सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण एक्ट की धारा 13(4) व एक्ट की धारा 17(1)(ख)(एक)- दिव्यांग (बायाँ पैर पोलियो से ग्रस्त) - विकलांग प्रमाण-पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न व उपचार सम्बन्धित पत्र संलग्न	प्राची का बायाँ पैर पोलियो से ग्रस्त है प्राची विगत कई वर्षों से प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि०, लैन्सडॉन (गडवाल) में तैनात है प्राची का कार्यस्थल दुर्गम खण्डक्षेत्र में आता है एवं प्राची को दुर्गम क्षेत्र में कार्य करने में अत्यधिक कठिनाईयों का सामना करना पड़ रहा है तथा जिससे दुर्घटना होने की प्रबल सम्भावना बनी रहती है एवं प्राची वैरटी की बिमारी से भी पीडित है प्राची का उपचार भी०जी०आई० कण्ठीगड से चल रहा है प्राची की दिव्यांगता एवं स्वास्थ्य को ध्यान में रखते हुए समीपस्थ सुपम खण्ड में स्थानान्तरण करने की कृपा करें

नोट- कालम संख्या-07 में दर्शाये गये आचार के सम्बन्ध में सहान स्तर से निर्गता प्रमाण-पत्र स्वप्रमाणित पत्र संलग्न

नोट- कालम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में तक्षम स्तर से निर्गता प्रमाण-पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यिक) 

नाम:- अजीतसिंह

पदनाम:- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालयीय) 

अधिकारी आचरणा

नाम:- प्र०खण्ड, लो०नि०वि०

पदनाम:- लैन्सडॉन गडवाल

OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL OFFICER, HARDWAR

No. M-2/2003

336

Dated 9/9/03

HANDICAP CERTIFICATE IN ACCORDANCE WITH THE G.O. 7/42071 KARMIK-2 DATED 20 MAY 1978

We Examined Sri/Smt./Km Ajeet Singh aged about 34 Years
Son of/ Wife of Bhagchand Resident of Saikhpur in Right Leg
Hardwar

Whose LTI/RTI is attested below and certify that he/she is a case of Left Paralysis
Residual Paralysis @ Lower Limb

Left Side Paralysis Total loss of working efficiency is 45%

His/Her Mark of Identification is Bhagchand
@ Sole chest - Sarabjeet Ram Nigle

We certify that He/She is permanently physically Handicapped person.

Orth. Surgeon
(Member)

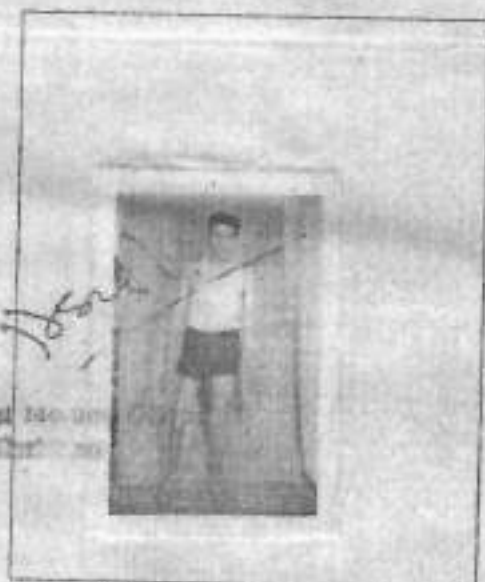
Eye Surgeon
(Member)

Chief Medical Officer
Hardwar

LTI/RTI of the candidate



Attested



Sarabjeet
Singh

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरिधता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री सतीश कुमार	सहायक अभियन्ता	अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि० ऋषिकेश	हरिद्वार/भगवानपुर	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० रुडकी	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	मैं एक दिव्यांग श्रेणी का कर्मचारी हूँ, वर्तमान में मैं अ०ख०, लो०नि०वि० ऋषिकेश में दिगत 4 वर्षों से अधिक समय से कार्यरत हूँ। मेरा परिवार भगवानपुर में रहता है। अतः मुझे चयनित ऐच्छिक स्थान पर तैनाती मिलने से मुझे कार्य करने एवं आवागमन में अतिरिक्त सुविधा होगी।
					प्रा०ख०, लो०नि०वि० हरिद्वार	☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ✓	मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा प्रदत्त दिव्यांग प्रमाण पत्र	
					नि०ख०, लो०नि०वि० लक्सर	☐ धारा 17(1) (ख) (दो)		
						☐ धारा 17(1) (ख) (तीन)		
						☐ धारा 17(1) (ख) (चार)		
						☐ धारा 17(1) (ख) (पाँच)		
						☐ धारा 17(1) (ख) (छ)		
						☐ धारा 17(1) (ख) (सात)		

हस्ताक्षर (कार्मिक)



(सतीश कुमार)

सहायक अभियन्ता
अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०
ऋषिकेश

हस्ताक्षर (कार्यालयीय)



(सतीश कुमार)

अधिसूची अभियन्ता
अस्थाई खण्ड, लो०नि०वि०
ऋषिकेश

OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL OFFICER, HARDWAR

(Ministry of Social Justice and Empowerment Notification, New Delhi the 1st June 2001)

Annexure - B

Certificate No. 869

Date: 8/1/06

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Sh /Smt./Kum. Sushish Kumar
Son/wife/daughter of Sh Daya Ram
Address Si. Kander Ram, P.O. Hardwar
Age 32 old male/female. Registration No. 869
is a case of PPAP (1) Low line He/She is physically disabled
/ visual disabled/speech and hearing disabled and has 90% only %
(90% only percent) permanent (physical impairment/visual impairment/speech
& hearing impairment) in PPAP (1) Low line

Note :

1. This condition is progressive / non progressive / likely to improve / not likely to improve.
2. Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months / years. *

* Strike out which is not applicable.

Sd/- [Signature]
(Doctor)
Seal

Sd/- [Signature]
(Doctor)
Seal

Sd/-
(Doctor)
Seal

Signature / Thumb impression of the patient



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

Chief Medical Officer

Hardwar

Recent attested photograph showing the disability affixed here



12-05-23
राष्ट्रिय अस्पताल
हार्द्वार, जो पी.पी.ओ.
हार्द्वार

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने हेतु

प्रारूप-02

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता क्रम में	एक वी घारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	श्री सऊद अली खॉ	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, चम्बा	सहारनपुर उत्तर प्रदेश	1. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, हरिद्वार। 2. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, रुड़की। 3. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, लखनऊ। 4. रा0मा0 खण्ड, लो0नि0वि0, डोईवाला। 5. रा0मा0 खण्ड, लो0नि0वि0, रुड़की (मु0-देहरादून)। 6. अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, ऋषिकेश। 7. प्रान्तीय खण्ड, लो0नि0वि0, देहरादून। 8. निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, देहरादून। 9. अस्थाई खण्ड, लो0नि0वि0, सहिया।	घारा के नाम के आगे ✓ लगाये ✓ घारा 17(1) (ख) (एक) घारा 17(1) (ख) (दो) घारा 17(1) (ख) (तीन) घारा 17(1) (ख) (चार) घारा 17(1) (ख) (पाँच) घारा 17(1) (ख) (छ) घारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत शाय्यों का विवरण होली बंगेली अस्पताल नई दिल्ली एवं फोरटिस एसकोर्टस अस्पताल नई दिल्ली। प्रत्येक संलग्न	महोदय मेरी माता जी हृदय रोग, शुगर एवं लकवा ग्रस्त हैं। जिसके कारण चलने में अत्यधिक कठिनाई होती है तथा गरिष्ठ भी ठीक कार्य नहीं करता है। माता जी की देखभाल के लिये मेरे अलावा कोई नहीं है। मेरी आयु 55 वर्ष से अधिक हो गयी है। अतः महोदय से विनम्र निवेदन है, कि मेरा स्थानान्तरण करने की कृपा करें।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम :-

पदनाम :-



सऊद अली खॉ

सहायक अभियन्ता

(परमेश सिंह नेगी)

अधिसासी अभियन्ता

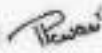
निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0

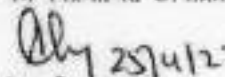
चम्बा।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्रम क्र०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियोजना क्रम में	एकट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	इ० पंकज तिवारी	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड-2, (ए०डी०बी०) नैनीताल	अल्मोड़ा/अल्मोड़ा	अस्थायी खण्ड, भवाली	धारा के आगे ☒ लगावे	प्रस्तुत सार्वजनिक का विवरण	पूर्व में हुए Plmonary Tuber Culosis के कारण चिकित्सकों के पैनल ने High Altitude and Cold Atmosphere से Avoid रहने की सलाह दी गई है। इस सम्बन्ध में सार्वजनिक के रूप में मंडलीय चिकित्सक परिवर्त, नैनीताल द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न।
					प्रान्तीय खण्ड, रुद्रपुर	☒ धारा 17 (1) (ख) (एक)		
					निर्माण खण्ड, काशीपुर	☐ धारा 17 (1) (ख) (दो)		
					चतुर्थ वृत्त, उधमसिंह नगर	☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन)		
					निर्माण खण्ड, रामनगर	☐ धारा 17 (1) (ख) (चार)		
					रा०म०खण्ड, हल्द्वानी	☐ धारा 17 (1) (ख) (पांच)		
					रा०म०खण्ड, हल्द्वानी	☐ धारा 17 (1) (ख) (छ)		
					प्रान्तीय खण्ड, देहरादून	☐ धारा 17 (1) (ख) (सात)		
					निर्माण खण्ड, देहरादून			
					प्रान्तीय खण्ड, हरिद्वार			

नोट :- सर्वोत्तम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एकट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 
 नाम - इ० पंकज तिवारी
 पदनाम - सहायक अभियन्ता


 हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)
 नाम - इ० अशोक कुमार
 पदनाम - अधिशासी अभियन्ता

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री पंकज तिवारी उम्र लगभग- 50 वर्ष, कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड नं-2, लो0नि0विभाग नैनीताल जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किए जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 09.02.2021 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुए।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया।

परीक्षणोपरान्त इनमें-

गया।

Old treated case of Pulmonary Tuberculosis with Allergic Bronchial Asthma. Advised to avoid high altitudes & cold climate (as per physician's opinion)

ह0 (पंकज तिवारी,)

ह0 प्रमाणित : सी0एम0ओ0



मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल।

अध्यक्ष
PRESIDENT.
Jr. MEDICAL BOARD
NAINI TAL

Self-attached Photo Copy
Renu
A.E
21/4/2023

सदस्य

MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

सदस्य

MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

संख्या-एम-5/2020

दिनांक फरवरी 09, 2021

प्रतिलिपि कार्यालय-कार्यालय-अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड नं-2, लो0नि0विभाग नैनीताल को उनके पत्र दिनांक 13.01.2021 के संदर्भ में सूचनार्थ प्रेषित।

ECF

Keep in record and personnel file.

24/02/21

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल।

MEDICAL CERTIFICATE

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is certified that Pankaj Tewari s/o Late Shri G.N. Tewari age 49 years Male, residence of Haldwani is suffering from COPD with allergetic rhinitis. He has a history of being treated at District Tuberculosis Center Haldwani for Pulm Kochs for drug resistant Tuberculosis, His Problem of breathlessness increase in cold Climate. So he is adviced not to go to high attitude / hills for residing/work/ holidays .

Dated 11/5/19



चिकित्सा अधिकारी
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
सितामगंज (जयम सिंह नगर)

चिकित्सा अधिकारी
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
सितामगंज (जयम सिंह नगर)

Self attested photocopy.
Pankaj
A.E
21/4/2023

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थान (10 न०) वरीयता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	रमेश सिंह मेहरा	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० अस्कोट।	अल्मोड़ा / रामेश्वर	प्रा०खं० रुद्रपुर	☒ धारा 17 (1)ख (एक)	मुख्य चिकित्साधिकारी, उधमसिंह नगर द्वारा प्रदत्त चिकित्सा प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित प्रति।
					रा०मा० खण्ड हल्द्वानी	☐ धारा 17 (1)ख (दो)	
					नि०खं० हल्द्वानी	☐ धारा 17 (1)ख (तीन)	
					नि०खं० कारीपुर	☐ धारा 17 (1)ख (चार)	
					चतुर्थ वृत्त उधमसिंह नगर	☐ धारा 17 (1)ख (पांच)	
					रा०मा० वृत्त हल्द्वानी	☐ धारा 17 (1)ख (छः)	
					प्रा०खं० नैनीताल	☐ धारा 17 (1)ख (सात)	
					रा०मा० खण्ड रानीखेत		
					प्रा०खं० रानीखेत		
प्रा०खं० अल्मोड़ा							
मेरी गम्भीर बीमार को दृष्टिगत रखते हुये प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष महोदय द्वारा दिनांक 28.06.2022, 23.07.2022, 31.12.2022 व 24.03.2023 को अपने पत्रों के माध्यम से उत्तराखण्ड शासन को मेरे स्थानान्तरण आदेश को निरस्त/ऐच्छिक स्थान पर करने की प्रबल संस्तुति की गई थी। (शासन को प्रेषित समस्त पत्रों की छायाप्रति)							

हस्ताक्षर कार्मिक

Bingh

(रमेश सिंह मेहरा)

सहायक अभियन्ता

निर्माण खण्ड लो०नि०वि० अस्कोट

Sanjiv

(डॉ० संजीव राठी)

अधिशाली अभियन्ता

निर्माण खण्ड लो०नि०वि० अस्कोट

BETI BACHAO BETI PADAO
। बेटी बचाओ बेटी पढ़ाओ ।

कार्यालय - मुख्य चिकित्सा अधिकारी रुधम सिंह नगर ।

प्रक्रांक-एम-1/2022

दिनांक 15 जून 2022
मुख्य चिकित्सा अधिकारी

प्रमाण पत्र

नगर

अवगत करना है कि श्री रमेश सिंह मेहरा पुत्र श्री स्व. स्तन सिंह मेहरा हाल
गि० 561 एल०आई०जी० आवास विकास रुद्रपुर रुधम सिंह नगर का स्वास्थ्य
परीक्षण जवाहर लाल नेहरू जिला चिकित्सालय रुद्रपुर रुधम सिंह नगर के
कार्डियोलॉजिस्ट (डा० एम०के० तिवारी) से कराया गया चिकित्सक के द्वारा श्री
रमेश सिंह मेहरा को निम्न रोग A.D.M / H.T.N / C.N.P.N.
Heart / Aorta ग्रसित पाया गया तथा चिकित्सा अधिकारी
द्वारा श्री रमेश सिंह मेहरा को नियमित उपचार एवं देखभाल तथा उच्च संस्थान
को दिखाने एवं ठंडे मौसम से और उंचाई पर घटने उतरने से बचने की भी सलाह
दी गई।

Sub. Medical
Officer
A.E.
C.O. P.W.D. Akola
(Pillmore Gurd)

भवदीय

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
रुधम सिंह नगर
रुधम सिंह नगर ।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप -2

क्र.सं.	नाम	सदस्यता	वर्तमान कार्यस्थल का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 दिनिक स्थान परिवर्तन क्रम नं.	एक ही बार जिसमें अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	यशपाल सिंह	ग्रामी सामाजिक अभियंता	अभिरासी अभियंता अस्थाई संपद लॉडिंग वि० घनसाली, मुख्यालय-पुणेटीआर	बूड तहसील - देहरादून नूट जनपद - देहरादून	1-250 साले खण्ड कोईवाल 2-प्रान्तीय खण्ड हथिद्वार 3-अस्थाई संपद आविरोध 4-विशेष खण्ड रुड़की 5-विशेष खण्ड देहरादून 6-मुख्य अभियंता देहरादून	☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17 (1) (ख) (दो) ☐ धारा 17 (1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17 (1) (ख) (चार) ☐ धारा 17 (1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17 (1) (ख) (छ) ☐ धारा 17 (1) (ख) (सात)	समस्त मामलों का निवारण राज्य विधित्ता नरिपद अंतरागतद्वारा जारी स्थानान्तरण परीक्षण प्रमाण पत्र- पत्रांक-199/8/1/2022 /टीसीडी/29634 दिनांक 13/12/2022 (संलग्नित प्रमाणपत्र संलग्न है)	महोदय श्री फनी गम्गीर बीनारी से पीड़ित है (स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र संलग्न है) गम्गीर बीनारी के कारण उनकी पैदाइश (लज्जा) हो गया है वह स्वयं चलने किये में असमर्थ है तथा अपने निजि कार्य भी नहीं कर सकता है। उनका इलाज देहरादून में निरन्तर सिंगजी अस्पताल के डॉ० कृष्ण अस्वार की देखरेख में चल रहा है। गैर अलावा उनकी देख रेख करने वाला कोई और नहीं है। वेरा स्थानान्तरण घनसाली होने से परिवार के सामने धीर खंड आ गया है। कृपया मेरी वस्तु विधम परिस्थितियों को देखते हुए मेरा स्थानान्तरण घनसाली से बदलने का कष्ट करें।

हस्ताक्षर (कारिक)
 नाम- यशपाल सिंह
 पदनाम- ग्रामी सामाजिक अभियंता

हस्ताक्षर (कारिक)
 नाम- डॉ० जगदीश सिंह
 पदनाम- अभिरासी अभियंता
 अस्थाई संपद लॉडिंग वि०
 घनसाली (दि० २०)

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

(चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, उत्तराखण्ड शासन के कार्यालय द्वारा संख्या-398 चित्तार/2001-146 (वि)/2001 दिनांक 08.05.2001 द्वारा गठित)

—: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-



पूनम

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्रीमती पूनम सिंह

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-
पत्रांक-19प/8/1/2022/टी0सी0/29434 दिनांक 13.12.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्रीमती पूनम सिंह पत्नी श्री यशपाल सिंह उम्र लगभग 40 वर्ष अपने
स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 18.02.2023 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें - A CASE OF POST TUBERCULAR ARACHNOIDITIS
WITH A LARGE EXPANDING CYSTIC FORMATION IN THE
SPINE WITH INCONTINENCE OF URINE NEEDS REGULAR
FOLLOW UP AND LONG TERM TREATMENT WITH NEUROLOGIST.
SHE IS DEPENDENT ON OTHERS FOR HER DAILY ROUTINE -
ACTIVITIES
पाया गया।

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० शशिबाला)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Self Attn
24/4/2023

महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	मनोज कुमार राठीर	सहायक अभियन्ता	रा०मा०खण्ड, देहरादून सम्बद्ध विभागाध्यक्ष कार्यालय, लो०नि०वि०, देहरादून	हरिद्वार / भगवानपुर	1- प्रा०ख०, देहरादून 2- नि०ख०, देहरादून 3- रा०मा०ख०, डोईवाला 4- प्रा०ख०, हरिद्वार 5- नि०ख०, रुड़की 6- नि०ख०, लक्सर 7- अ०ख०, सहिया 8- अ०ख०, ऋषिकेश 9- नि०ख०, दुगड्डा 10- अ०ख०, चकराता	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☐ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छः) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण दिव्यांगता का प्रमाण पत्र संलग्न है।	पूर्व में मेरी गृह तहसील रुड़की थी। उत्तराखण्ड शासन की अधिसूचना दि० 09.09.2013 द्वारा नई तहसील भगवानपुर का गठन किया गया है। मेरा गृह क्षेत्र भगवानपुर तहसील में है (प्रति संलग्न)।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- मनोज कुमार

पदनाम- रसदायक उम्रिपता (दिविज)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-

पदनाम—

11/5/2023
अधिशारी अभियन्ता (प्रार्षक)

कार्यालय प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष
लोक निर्माण विभाग, रायपुर

OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL OFFICER, HARDWAR
(Ministry of Social Justice and Empowerment Notification, New Delhi the 1st June 2001)

Annexure - B

Certificate No.: 645

Date: 13/5/96

CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES

This is to certify that Sh./Smt./Hon.
Son / wife / daughter of Sh. Manoj Kumar Lathore
Age 18 Male / female Registration No. 18/1/96
is a case of Spinal Cord Injury He / She is physically disabled useless
/ visual disabled / speech and hearing disabled and has 60-70%
(60-70 percent) permanent (physical impairment) visual (impairment) speech
& hearing impairment in both

Note:

This condition is progressive / non progressive / likely to improve / not likely to improve.
Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____
months / years.

* Strike out which is not applicable.

Sd/-

(Doctor)

विकलांग.श्री
हरिद्वार

Sd/-

(Doctor)

Seal

विकलांग.श्री
हरिद्वार

Sd/-

(Doctor)

Seal

ATTESTED

Signature / Thumb impression of the patient



मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार

Witnessed by the
Medical Superintendent / CMO / Head of Hospital (with seal)

मुख्य चिकित्सा
हरिद्वार



* Recent attested photograph showing the disability affixed here

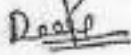
Self attested
with
my Address

अनुसूच के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

नाम	पदनाम	कार्यालय का नाम	मुख्य जनपद/सहायक जनपद का नाम	स्थानांतरण अनु-10 एचिआर स्थलांतरिता अनु-10	एचट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुसूच किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7
दीपा	सहायक अभियन्ता (सिविल)	10वां राष्ट्रीय मार्ग वृत्त, लोकनि. वि. देहरादून	हरिद्वार	1. राष्ट्रीय राजमार्ग एचट लोकनि. वि. ओईवाला 2. राष्ट्रीय राजमार्ग एचट लोकनि. विभाग राउली (मठ - देहरादून)	☒ धारा की धारा के अन्तर्गत ✓ लगाये ☒ धारा 17(1) (ख) (एक) ☐ धारा 17(1) (ख) (दो) ☐ धारा 17(1) (ख) (तीन) ☒ धारा 17(1) (ख) (चार) ☐ धारा 17(1) (ख) (पांच) ☐ धारा 17(1) (ख) (छ) ☐ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण संलग्न संलग्न

कोलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सहाय स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एचट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यालय)



नाम- दीपा

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

हस्ताक्षर (कार्यालय/अध्यक्ष)

नाम-

पदनाम-

अधीक्षक अभियन्ता

10वां राष्ट्रीय मार्ग वृत्त, लोकनि. वि.
देहरादून

OK

OFFICE OF CHIEF MEDICAL OFFICER, HARIDWAR

Date: 2/11/2020

Certificate No.

DISABILITY CERTIFICATE

This is certified that Shri / Smt. Kum. Neelam

So / wife / daughter of Shri. Suresh

Sex M Address Post burn Cont...

Identification mark (a) 214811



is suffering from permanent disability of following category:

A. Locomotor or cerebral palsy:

(i) BL-Both legs affected but not arms

(ii) BA-Both arms affected (a) Impaired reach

(b) Weakness of grip

(iii) BLA-Both legs and both arms affected

(iv) OL-One Leg affected (right of left) (a) Impaired reach

(b) Weakness of grip

(c) Ataxic

(v) OA-One arms affected (a) Impaired reach

(b) Weakness of grip

(c) Ataxic

(vi) BH-Stiff back and hips (Can not sit or stoop)

(vii) MW-Muscular weakness and limited physical endurance

B. Blindness or loss of Vision

(i) B-Blind

(ii) PB-Partially Blind

C. Hearing impairment:

(i) D-Deaf

(ii) PD-Partially Deaf

(Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve reassessment of this case is not recommended / is recommended after a period of 1 year years 100 percent.

3. Percentage of disability in has/her case is 100 percent.

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

(i) F-can perform work by manipulating with fingers.

(ii) PP-can perform work by pulling and pushing.

(iii) L-can perform work lifting.

(iv) KC-can perform work by kneeling and crouching.

(v) B-can perform work by bending.

(vi) S-can perform work by sitting.

(vii) ST-can perform work by standing.

(viii) W-can perform work by walking.

(ix) SE-can perform work by Seating.

(x) H-can perform work by hearing / speaking.

(xi) RW-can perform work by reading and writing.

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Yes/No

Member
Medical Board

Member
Medical Board

Chief Medical Officer
Haridwar (I) K.
Chairperson
Medical Board