कर्मचारी चयन आयोग
उत्तर पश्चिम क्षेत्र
महत्वपूर्ण सूचना

संयुक्त स्नातक परीक्षा (CGL)-2018 के वह उम्मीदवार जो कौशल परीक्षण में उपस्थित होने और DEST से छूट प्राप्त करना चाहतें है के सूचनार्थ ।

संयुक्त स्नातक स्तरीय परीक्षा **(CGL)-2018** के टियर–3 में सफल आर्थोपेडिक रूप से विकलांग **(OH)** उम्मीदवार, जो **CBDT** में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण **(DEST)** में उपस्थित होने से छूट प्राप्त करना चाहते हैं तो अनुबंध–**I** के अनुसार वचन पत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों की स्कैन प्रतियॉ आयोग की इस **EMAIL ID: sscnwrgoi@gmail.com** पर दिनांक 15. 12.2020 तक प्रेषित कर दें:–

1. सक्षम मेडिकल अथॉरिटी, अर्थात् सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के सिविल सर्जन से निर्धारित प्रारूप (अनुबंध–**II** के अनुसार) में कौशल परीक्षण **(DEST)** मे छूट के लिए मेडिकल सर्टिफिकेट।

2. परीक्षा विज्ञप्ति के अनुबंध–**VIII** (प्रारूप–2 या प्रारूप–4 जैसा लागू हो) के अनुसार निर्धारित प्रारूप में अधिसूचित मेडिकल अथॉरिटी द्वारा विकलांगता का प्रमाण –पत्र।

आर्थोपेडिक रूप से विकलांग उम्मीदवारों को **CBEC** में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण **(DEST)** के लिए छूट प्राप्त नहीं है। अन्य शारीरिक विकलांगता वाले उम्मीदवारों को भी कौशल परीक्षण **(DEST)** के लिए छूट प्राप्त नहीं है। किसी भी प्रकार के शारीरिक विकलांगता वाले उम्मीदवार को **CPT** में किसी भी प्रकार की छूट प्राप्त नहीं है।

वैकल्पिक रूप से, उम्मीदवार कौशल परीक्षण **(DEST)** से छूट प्राप्त करने के लिए उपरोक्त दस्तावेजों (मूल और फोटोकॉपी) के साथ अपनी कौशल परीक्षण **(DEST)** की तिथि के दिन कौशल परीक्षण **(DEST)** के स्थल पर भी केवल **CBDT** में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण **(DEST)** में उपस्थित होने से छूट प्राप्त करने हेतु रिपोर्ट कर सकते है।

उम्मीदवारों को दस्तावेज सत्यापन के समय इन सभी दस्तावेजों को आयोग के समक्ष मूलरूप से प्रस्तुत करना आवश्यक है। यदि कोई उम्मीदवार दस्तावेज सत्यापन के दौरान उपरोक्त दस्तावेजों की मूल प्रति प्रस्तुत करने में विफल रहता है, तो आयोग इस परीक्षा के लिए ऐसे उम्मीदवार की उम्मीदवारी को रद्द कर देगा और ऐसे उम्मीदवारों का आयोग के फैसले के सम्बन्ध में कोई दावा मान्य नहीं होगा।

सहायक निदेशक

दिनांक:10 / 12 / 2020

अनुबंध–I
वचन–पत्र

मैं .....रोल नंबर ..... संयुक्त स्नातक स्तरीय परीक्षा **(CGL)-2018** का एक उम्मीदवार हूँ और परीक्षा विज्ञप्ति के पैरा 9.6.1 के अनुसार **CBDT** में कर सहायक पद के लिए कौशल परीक्षण **(DEST)** में उपस्थित होने एवं कौशल परीक्षण **(DEST)** से छूट का लाभ लेना चाहता हूँ, क्योकि मैं शारीरिक विकलांगता के कारण टंकण परीक्षा देने में स्थायी रूप से अक्षम हूँ। मै निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रति संलग्न कर रहा हूँ:–

1. सक्षम मेडिकल अथॉरिटी, अर्थात् सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के सिविल सर्जन से निर्धारित प्रारूप (अनुबंध–**II** के अनुसार**)** में कौशल परीक्षण **(DEST)** मे छूट के लिए मेडिकल सर्टिफिकेट।

2. परीक्षा विज्ञप्ति के अनुबंध–**VIII (**प्रारूप–2 या प्रारूप–4 जैसा लागू हो**)** के अनुसार निर्धारित प्रारूप में अधिसूचित मेडिकल अथॉरिटी द्वारा विकलांगता का प्रमाण –पत्र।

मैं यह भी वचन देता हूँ कि मैं आयोग के समक्ष दस्तावेज सत्यापन के दौरान इन सभी दस्तावेजों को मूलरूप में प्रस्तुत करूंगा। यदि मैं इनको प्रस्तुत करने में विफल रहता हूँ, तो आयोग इस परीक्षा के लिए मेरी उम्मीदवारी रद्द कर सकता है और आयोग के फैसले के खिलाफ मेरा कोई दावा नहीं होगा।

हस्ताक्षर .....

अभ्यर्थी का नाम.....

अनुक्रमांक .....

दिनांक.....

Annexure-I

FORM OF MEDICAL CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY **OH** CANDIDATES WITH BENCHMARK DISABILITY WHO SEEK EXEMPTION FROM APPEARING IN THE DATA ENTRY SPEED TEST (DEST) FOR CGLE, 2018

This is to certify that Sh/Smt/Kum _____ son/daughter/wife of Shri _____ is suffering from _____.

Clinical diagnosis as a result of which he/she has the following disabilities. (Brief description of his/her disabilities)_____

_____

This is a permanent disability and the extent of his/her disability works out to _____% of disability.

This disability is likely to interfere with Typewriting (specify)

_____

Signature of Civil Surgeon

Name:_____

(Official Stamp)

Place:_____

Date:_____

Annexure-VIII (FORM-II)

DISABILITY CERTIFICATE
(IN CASE OF AMPUTATION OR COMPLETE PERMANENT PARALYSIS OF LIMBS AND IN CASES OF BLINDNESS)
(See rule 4)
(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORTIY ISSUING THE CERTIFICATE)

Recent PP size Attested Photograph (showing face only) of the person with disability

Certificate No. Date:

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt/Kum _____ Son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth ____ ____ _____ Age _____ years, male/Female_____

(DD/ MM/ YY)

Registration No._____ permanent resident of House No _____ Ward/Village/Street _____ Post Office_____ District_____ State_____
Whose photograph is affixed above, and am satisfied that :

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- blindness

(Please tick as applicable)

(B) The diagnosis in his/her case _____

(A) He/She has _____% (in figure)_____ percent (in words) permanent physical impairment/blindness in relation to his/her_____(part of body) as per guidelines(to be specified).

2. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate.

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

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

Annexure-VIII (FORM-IV)

DISABILITY CERTIFICATE
(In case other than those mentioned in Forms II and III)

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

(See rule 4)

Recent PP size Attested Photograph (showing face only) of the person with disability

Certificate No. Date:

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt/Kum _____Son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth_____ (DD/MM/YY) Age _____years, male/Female_____ Registration No._____ permanent resident of House No._____ Ward/Village/Street _____ Post Office_____ District_____State_____Whose photograph is affixed above, and an satisfied that he/She is a Case of _____disability. His/her extent of percentage physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines(to be specified) for the disabilities (to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

S.No.	**Disability**	**Affected part of the body**	**Diagnosis**	**Permanent physical impairment/mental disabilities (in %)**
1.	Locomotor disability	**@**		
2	Low vision	**#**		
3.	Blindness	**Both Eyes**		
4.	Hearing impairment	**$**		
5.	Mental retardation	**X**		
6.	Mental-illness	**X**		

(Please strike out the disabilities which are not applicable)

2. The above condition is progress/non progress/likely to improve/not likely to improve.

3. Reassessment of disability is:

(i) not necessary

Or

(ii) is recommended/after _____ years_____on this, and therefore this certificate shall be valid till_____ _____ _____
(DD) (MM) (YY)

@ e.g. Left/Right/both arms/Legs

 # e.g. Single eye/both eyes

$ e.g. Left/Right/both ears.

4. The applicant has submitted the following document as proof of residence:

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing certificate

(Authorised Signatory of notified Medical Authority
(Name and Seal)
Countersigned

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

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

Note: In case this certificate is issued by a medical authority who is not a government servant, it shall be valid only if countersigned by the Chief Medical Officer on the District."