

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು

ಮತ್ತು

ವಿಕಲಚೇತನರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ

ಮುಖ್ಯವಾದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ, ಸುತ್ತೋಲೆ,

ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನಾಪತ್ರ, ಇತ್ಯಾದಿ.

**GOVERNMENT OF KARNATAKA**

**Finance Department**

**Official Memorandum**

Conveyance allowance to Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees.

Reference :-

G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979.

Government Order No.FD 1 SRP 79 , Bangalore, Dated 17th July 1979.

By Government Order No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979, the scheme for grant of conveyance allowance to blind employees and orthopaedically handicapped employees with minimum of 40 percent permanent partial disability of both the upper and lower extremity deformities has been introduced. The conveyance allowance is granted on the basis of the recommendation of the Head of the Opthamological / Orthopaedics Department of a Government Civil Hospital. It is considered disable to prescribe a suitable 'form' for obtaining the recommendation of the Medical Officer.

2. The Head of Departments are requested to obtain recommendation of the Head of the Ophthalmological/ Orthopaedics Department of a Government Civil Hospital in the forms appended to this Official Memorandum. They are also requested to endorse to the Accountant General a copy of the order issued by them in each case while sanctioning this allowance.

3. It is also clarified that allowance will be admissible only to those blind employees and orthopaedically handicapped employees who are on regular time-scale of pay.

Sd/-

**T.M. Vasudevan,**

Deputy Secretary to Government,  
Finance Department.

**ANNEXURE**

Form (Application to Orthopaedically Handicapped Government Employees)

**GOVERNMENT OF KARNATAKA**

Orthopaedics Department, Civil Hospital.....

Sl.No.....

I hereby certify that I have examined Shri/Smt. ....  
who is said to have been employed in.....  
as (designation).....and whose  
signature is attested by me, is a candidate for sanction of conveyance allowance as

stipulated in GO No. FD 1 SRP 79 dated 14th February 1979, After the detailed examination I find that he/she has got the following permanent/partial disability of .....

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

In conclusion, I am of the opinion that the total permanent disability is up to..... percentage of both upper and lower extremities. He/she is eligible/not eligible for the conveyance allowance as per GO. No. FD 1SRP 70 dated 14th February 1979.

Specimen signature of the Candidate or left hand thumb impression

.Place

Date :

:  
Signature and designation of the  
Head of the Department of Orthopaedics  
Government Civil Hospital

**FORM (APPLICABLE TO BLIND EMPLOYEES)  
GOVERNMENT OF KARNATAKA**

Ophthalmological Department Civil Hospital.....

Sl.No.....

I hereby certify that I have examined Shri/Smt.....  
who is said to have been employed in.....  
as(designation).....allowance  
stipulated in GO No. FD 1 SRP 79 dated 14th February 1979. After the detailed  
examination I find that he/she is blind and is eligible of conveyance allowance as per  
G.O.No.FD 1SRP 79 dated 14th February 1979.

Specimen signature of the Candidate or Candidate or left  
hand thumb impression.

Signature and designation of the  
Head of the Ophthalmological Department  
Government Civil Hospital

**Form (Application to orthopedically Handicapped  
Government Employees )**

**GOVERNMENT OF KARNATAKA**

Orthopedics Department, Civil Hospital.....

Sl. No.....

I hereby certify that I have examined Shri/Smt.....  
who is said to have been employed in .....  
as (Designation).....And whose signature is  
attested by me, is a candidate for sanction of conveyance allowance as stipulated in  
**G.O. No. FD 1 SRP 79 dated 14th February 1979.** After the detailed examination. I  
find that he/ she has got the following permanent/ partial disability of  
.....

(1)

(2)

(3)

(4)

In conclusion, I am of the opinion that the total permanent disability is up to  
.....percentage of both upper and lower extremities. He/She is  
eligible/ not eligible for the conveyance allowance as per **GO No. FD 1 SRP 70  
dated 14th February 1979.**

Specimen signature of the Candidate  
or left hand impression.

Place :

Dated :

Signature and designation  
of the Head of the Department of  
Orthopedics Government  
Civil Hospital.



## GOVERNMENT OF KARNATAKA

No. FD 1 SRP 79

Karnataka Government Secretariat,  
Vidhana Soudha,  
Bangalore,

dated 16th April 1982.

### OFFICIAL MEMORANDUM

**Sub :-** Conveyance allowance to Blind or Orthopaedically Handicapped employees- admissible of the allowance during the vacation period.

**Ref :-** 1) G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979.  
2) G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 15th April 1980.  
3) G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 25th January 1982.  
4) G.O. No. FD 25 SRP (111)82, dated 29th March 1982.

Clarifications have been sought as to whether the Conveyance Allowance sanctioned to blind or orthopaedically handicapped employees in pursuance of the G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979, as modified by G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 15th April 1980 and FD 25 SRP (111) 82, dated 29th March 1982 will be admissible to the employees of the Vacation Department during the vacation period.

According to para 2)4) of the G.O. dated 14th February 1979, this allowance is not admissible during leave except casual leave. Vacation partakes the character of leave. In the admissible to blind or orthopaedically handicapped employees of the Vacation Department during the vacation period.

**G.N. HONAVAR,**  
Deputy Secretary to Government  
Finance Department.

To  
The Secretaries to Government  
The Heads of Departments,  
The Accountant General 1 &2, Karnataka, Bangalore.  
The Commissioner or Public Instruction, Bangalore.  
The Director of Collegiate Education, Bangalore.  
The Director of Technical Education, Bangalore.  
The Director of Pre-University Education, Bangalore.  
The Weekly Gazette.

**GOVERNMENT OF KARNATAKA**

**Finance Department**

**Official Memorandum**

Conveyance allowance to Blind and Orthopaedically Handicapped State Government Employees.

Read:-

- (1) G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979,
- (2) G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 17th July 1979.

In G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979, sanctioned was accorded to grant of conveyance allowance to blind and orthopaedically handicapped State Government employees, Government have examined the question as to whether the existing criteria for the grant of conveyance allowance to orthopaedically handicapped State Government employees could be relaxed so as to grant the allowance to such of these employees as have disability of either the lower or upper limbs only in the light of the orders issued by the Government of India.

Government are now pleased to order, in modification of para 2(1) of G.O. No. FD 1 SRP 79, dated 14th February 1979, that conveyance allowance shall be allowed to an orthopaedically handicapped State Government employees if he or she has a minimum of 40% permanent partial disability of either upper or lower limbs or 50% permanent partial disability or both upper and lower limbs together. For purposes of estimation of disability, the standards as contained in the Manual for Orthopaedics Surgeon in Evaluating permanent physical Impairment brought out by American Academy of Orthopaedic Surgeon, U. S. A. and published in their behalf by artificial Limbs Manufacturing Corporation of India, G. T. Road, Kanpur shall apply other condition for the grant conveyance allowance shall however, remain unchanged.

Government are also pleased to order that in cases where handicapped employees are referred by Head of Departments concerned to Government Civil Hospitals located at stations outside their Headquarters for getting recommendation for grant of conveyance allowance, they may be reimbursed actual travelling expenses, subject to a maximum of T. A. admissible for a journey on tour without any daily allowance for the period of journey and for halts. The period spent on journeys, as also at the hospital, shall however be treated as duty.

These orders shall effect from the date of issue.

By order and in the name of the Governor of Karnataka

Sd/-

**P.H. KULKARNI,**

*Deputy Secretary to Government  
Finance Department*

**GOVERNMENT OF KARNATAKA**

**PROCESSING OF THE GOVERNMENT OF KARNATAKA**

Sub : Conveyance allowance to Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees.

Read : G.O. No. FD 40 SRP 94 dated 21st September 1994.

**GOVERNMENT ORDER NO. 5 SRP 99**

**BANGALORE, DATED 18TH JANUARY 1999.**

1. In Government Order No. FD 40 SRP '94 dated 21.9.1994 orders were issued revising the rates of Conveyance Allowance to Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees with effect from 1st September 1994.
2. The official Pay Committee Constituted vide Government Order No. FD 37 SRP 1997 dated 5.2.1998 have recommended revision of the rates of said Allowance.
3. Government have accepted the recommendation of the Official pay Committee in regard to enhancement of Conveyance Allowance to Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees and are pleased to revise the rates of said Allowance from six percent of basic pay subject to a maximum of Rs. 100/- per month in the pre-revised scale to six percent of basic pay subject to a maximum of Rs 200/- per month in the revised scale with from 1.1.1999.
4. These orders will also be applicable to Blind and Orthopaedically Handicapped employees of Aided Educational Institutions.
5. The other conditions regulating grant this Allowance will continue to apply.

By order in the name of the  
Government of Karnataka

Sd/-  
**VIVEK KULKARNI**  
Secretary to Government (Resources)  
Finance Department

### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿಗಳು

ವಿಷಯ: ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರು ತ್ರಿಚಕ್ರ, ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನ (ಕಾರನ್ನು ಬಿಟ್ಟು) ಖರೀದಿಸಲು ಮುಂಗಡ ಮಂಜೂರಾತಿ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಅಇ 15 ಮೋವಾಮು 93, ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 13-12-94

ಓದಲಾಗಿದೆ: ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಅಇ 48 ಮಕಮು 94, ದಿನಾಂಕ: 21/10/94

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರು ಮನೆಯಿಂದ ಕಛೇರಿಗೆ ಹೋಗಿ ಬರಲು ಪ್ರಯಾಸಪಡುತ್ತಿದ್ದು, ಅವರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ತ್ರಿಚಕ್ರ ವಾಹನ ಮುಂಗಡಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಿದೆ. ಸರ್ಕಾರವು ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಷ್ಟವನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

#### ಆದೇಶ

ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೆ ತ್ರಿಚಕ್ರವಾಹನ: ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರವಾಹನ (ಕಾರನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಖರೀದಿಸಲು ಕೆಳಕಂಡ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ವಾಹನ ಖರೀದಿಸಿ ಮುಂಗಡವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಸರ್ಕಾರದ ಮಂಜೂರಾತಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ:-

- (1) ಮೋಟರು, ಕಾರು ಮುಂಗಡದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯೇ, ತ್ರಿಚಕ್ರ/ ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನ ಮುಂಗಡಕ್ಕೂ ಅನ್ವಯಿಸುವುದು.
- (2) ಮುಂಗಡದ ಮೊತ್ತ ಗರಿಷ್ಠ ರೂ. 30,000 ಅಥವಾ ತ್ರಿಚಕ್ರ/ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನದ ಬೆಲೆ ಇವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆಯೋ ಅದು.
- (3) ಖಾಯಂ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದು ಕಾಲಗಳ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಕನಿಷ್ಠ ಶೇಕಡ 40 ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲರು ತ್ರಿಚಕ್ರ / ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನ ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಈ ಕುರಿತು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೂಳೆಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಂದ ಒಂದು ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದ್ದು.
- (4) ಬಡ್ಡಿ ದರವು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ರೂ. 12.5 ಶೇಕಡ ಇರುತ್ತದೆ.
- (5) ಗರಿಷ್ಠ-ಅಸಲು 100 ತಿಂಗಳುಗಳು, ಬಡ್ಡಿಯು 20 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲೂ ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
- (6) ಮೋಟಾರು ಕಾರು ಮುಂಗಡ ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಯೇ ತ್ರಿಚಕ್ರ/ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನ ಮುಂಗಡವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
- (7) ಮೋಟಾರು ಕಾರು ಮುಂಗಡ ಮಂಜೂರಾತಿಗೆ ಇರುವ ಷರತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳು ತ್ರಿಚಕ್ರ /ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರ ವಾಹನ ಮುಂಗಡಕ್ಕೂ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಹಿತೆ ಅನುಚ್ಛೇದ 218ಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ತಿದ್ದುಪಡಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಹೊರಡಿಸಲಾಗುವುದು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಲ್ಲಿ ಒಪ್ಪಿತ

ಸಹಿ/-

ಎನ್. ಲಕ್ಷ್ಮಣರಾವ್.

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ.

### ವಾಹನ ಖರೀದಿ ಮುಂಗಡದ ಆದೇಶ

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ ಆಇ-18-ಮುಕಮು-94 ದಿನಾಂಕ:21-10-94 ರಲ್ಲಿ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೆ ತ್ರಿಚಕ್ರ ವಾಹನ ಖರೀದಿ ಮುಂಗಡ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಆದೇಶವನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅದರಂತೆ

ಡಿ) ತ್ರಿಚಕ್ರ ವಾಹನ ಮುಂಗಡ:

- 1) ಮುಂಗಡದ ಮೊತ್ತ : ತ್ರಿಚಕ್ರ ವಾಹನದ ಬೆಲೆ ಅಥವಾ ರೂ. 30,000 ಇವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆಯೋ ಅದು.
- 2) ಅರ್ಹತೆ : ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಖಾಯಂ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು.
- 3) ಬಡ್ತಿ ದರ : ರೂ. ಶೇಕಡ 12.5 ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಗರಿಷ್ಠ
- 4) ಮರು ಪಾವತಿ : ಅಸಲು-100 ಶಿಂಗಳುಗಳು.  
ಬಡ್ಡಿ-20 ಶಿಂಗಳುಗಳು

ಟಿಪ್ಪಣಿ:- ಮೋಟಾರು ಕಾರು ಮುಂಗಡ ಕುರಿತು ಕರ್ನಾಟಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಹಿತೆ 1958ರಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುವ ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತುಗಳು ಈ ಮುಂಗಡಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತವೆ.

ವಾಹನ ತೆರಿಗೆ ವಿನಾಯ್ತಿಯ ಆದೇಶ

### NOTIFICATION

No. H.D. 35 TMT 71Bangalore, dated 31st August 1971

In exercise of the powers conferred by clause (a) of sub-section 9 (1) of section 16 of the Karnataka Motor Vehicles Taxation Act, 1957 (Karnataka Act 35 of 1957) the Government of Karnataka being of opinion that it is neccessary in public interest so to do, hereby exempts the tax payable under the said Act in respect of Motor Vehicles converted and adopted for use by physically handicapped persons, provided they are owned used by the physically handicapped persons in the State of Karnataka.

### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಸಂಖ್ಯೆ ಡಿಪಿಎಆರ್ 96, ಎಸ್‌ಸಿಆರ್ 86,

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸಚಿವಾಲಯ,  
ವಿಧಾನಸೌಧ  
ಬೆಂಗಳೂರು,  
ದಿನಾಂಕ 7ನೇ ನವೆಂಬರ್ 1986

### ಸುತ್ತೋಲೆ

**ವಿಷಯ : ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಕಾಲಕ್ಕೆ ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ.**

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಅಂಗವಿಕಲರ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಸಂಘವು ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅವರ ಹೆಸರಿನ ಮುಂದೆ “ಅಂಗವಿಕಲ” ಎಂದು ಸೂಚಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ.

ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸದೇ ಅವರಿಗೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ದೊರೆಯಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯದಿಂದ ಅವರು ವಂಚಿತರಾಗಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗಲಿ, ಅಥವಾ ಬಡ್ತಿ ಕೊಟ್ಟು ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡುವಾಗಲಾಗಲಿ ಅಥವಾ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡಲು ಆದೇಶ ನೀಡುವಾಗಲಾಗಲಿ ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆದೇಶನುಸಾರ ಸೇವೆಗೈವ ನೌಕರರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇರುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವಿಲ್ಲದೆ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಿ ಅವರಿಗೆ ದೊರೆಯುವ ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅವರು ಸುಲಭವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲು ಅವರ ಹೆಸರಿನ ಮುಂದೆ, ‘ಅಂ.ವಿ’ ಎಂದು ಅಥವಾ ಇಂಗ್ಲಿಷಿನಲ್ಲಿ ‘ಪಿ.ಹೆಚ್’ ಎಂದು ಸೇವಾ ಪುಸ್ತಕ, ಜ್ಯೇಷ್ಠತಾ ಪಟ್ಟಿ ಮುಂತಾದ ಮುಖ್ಯ ದಾಖಲು ಪತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು ಮತ್ತು ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರುಗಳು ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ತಮ್ಮ ಅಧೀನ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಗಮನಕ್ಕೂ ತರುವುದು.

ಸಹಿ

(ಎಲ್. ರವೀಂದ್ರ)

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು  
ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು)

### ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣಾ ಸಚಿವಾಲಯ

**ವಿಷಯ:** ಭಾರತ ಸಂವಿಧಾನದ ಅನುಚ್ಛೇದ 16(4) ರನ್ವಯ ರಾಜ್ಯ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಾತಿ.

**ಓದಲಾಗಿದೆ:** ಸರ್ಕಾರ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಿಆಸುಇ 8 ಸಹಿಮ 95, ದಿನಾಂಕ 20ನೇ ಜೂನ್ 1995.

• **ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:-** ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಆದೇಶವನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸಂವಿಧಾನದ ಅನುಚ್ಛೇದ 16(4) ರ ಪ್ರಕಾರ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಾತಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ರೋಸ್ಟರ್‌ನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇಂದ್ರಸಾಹ್ನಿ ವಿರುದ್ಧ ಯೂನಿಯನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (ಎಫ್ ಆರ್ 1993 ಎಸ್‌ಸಿ473) ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕರಿಗೆ, ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಕಾದಿರಿಸುವ ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮೀಸಲಾತಿ ಶೇಕಡ 50 ಕ್ಕೆ ಮೀರಬಾರದು ಎಂದು ನಿಬಂಧನೆಯನ್ನು ವಿಧಿಸಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಿರುವ ಶೇಕಡ 5 ರ ಸ್ಥಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ದಿನಾಂಕ 20-6-95 ರ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಆಸ್ಪದವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿ ಸೇರಿಸುವ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಷಯವನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಿಆಸುಇ 28 ಸೆನೆನಿ 95, ಬೆಂಗಳೂರು ದಿನಾಂಕ 19ನೇ ಆಗಸ್ಟ್ 1995.

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ದಿನಾಂಕ 20-6-1995ರ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಐಟಂ 2ರ ನಂತರ ಕೆಳಕಂಡ ಐಟಂನ್ನು ಈ ಮೂಲಕ ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಸರ್ಕಾರ ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

“2(ಎ) ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ವರ್ಗ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ; ಇತರೆ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳ ನಿಯಮಗಳ ಅನ್ವಯ ಅನುಸರಿಸಿ ಪ್ರತಿ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿಯ 100 ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ 19, 39, 59, 79, 9ರ ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳ (ಸಾಮಾನ್ಯ ನೇಮಕಾತಿ) ನಿಯಮಗಳು; 1977ರ ನಿಯಮ 9ರ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಮೀಸಲಿಡತಕ್ಕದ್ದು.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಒಪ್ಪಿತ

ಪಿ. ರಾಮನಾಥ.

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ-1

ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ.

(ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು).

#### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳು

ವಿಷಯ: ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ)ನಿಯಮಗಳು - ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಕೋರಿಯಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಮಂಗಳೂರು ವೆನ್‌ಲಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಕೃತಕ ಅಂಗಗಳ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮಾನ್ಯತೆ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಐಎಆರ್ 4 ಎಸ್‌ಎಂಆರ್ 85, ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 8ನೇ ಜನವರಿ 1986.

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ (ವೈದ್ಯೋಪಚಾರ) ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು, 1963ರ ನಿಯಮ 14(2)(ಎಂ) ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಮತ್ತು ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿರುವ ಕೃತಕ ಅಂಗ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಮಾನ್ಯತೆ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕರ್ನಾಟಕ ಸಂಘಗಳ ನೋಂದಾಯಣಿ ಅಧಿನಿಯಮದ ಪ್ರಕಾರ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಘಗಳಿಗಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿತವಾದಾಗ್ಯೂ ಸಹ ಈಗ ನೀಡಿರುವ ಮಾನ್ಯತೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಒಪ್ಪಿತ

ಜಿ.ಕೆ. ಸುಗೋರಾಮ್,

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ

ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ.

(ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು).



Concession Certificate for Orthopaedically  
Handicapped Patient

(Rule 101, Serial No.25)

**CONCESSION CERTIFICATE**



This is to Certify that Sri./Smt. ....whose particulars are furnished below, is a bonafied Orthopaedically Handicapped / Paraplegic person / Patient and **“CANNOT TRAVEL WITHOUT THE ASSISTANCE OF AN ESCORT”**.

Particulars of the Orthopaedically Handicapped patient:

- a) Address :
- b) Father's Name :
- c) Age :
- d) Sex :
- e) Nature of Handicap (to be written by Doctor, whether the disability is Temporary or Permanent) :
- f) Causes of loss of functional capacity:
- g) Signature or Thumb impression of Orthopaedically handicapped / Paraplegic person / patient : (Not necessary for those whose both hands are missing or non-functional).

Signature or Thumb impression of  
Orthopaedically handicapped /  
paraplegic person / patient

Signature of Government Doctor.

Place:

Date:

Clear Seal of Government Hospital/Clinic

Seal containing full name and  
Registration Number of the Doctor.

strike out where not applicable

Note:1) The certificate should be issued only to those Orthopaedically handicapped / paraplegic person / patient who cannot travel without the assistance of an escort. The photo must be signed and stamped in such a way that Doctor's signature and appear partly of the Photo and partly on the certificate.

- 2. In the case of temporary disability, the certificate will be valid for five years from the date of issue in case of permanent disability the certificate will remain valid for (1) five years, in case of persons upto the age of 25 years (2) Ten years in case of persons in the age group of 26-35 years and (3) in the case of persons above the age of 35 years, the certificate will remain valid for whole life of the concerned person is required to obtain a fresh certificate. A photostat copy of this certificate is accepted for the purpose or grant of concession. The original certificate will have to be produced for inspection at the time ticket and during the journey, if demanded.

- 3) No alteration in the form is permitted.



## NOTIFICATION - VI

No.FD 3 (CPT 93, Bangalore , dated 31st March 1993

In exercise of the powers conferred by section 29 of the Karnataka Tax on Professions, Trades, Callings and Employments Act, 1976 (Karnataka Act 35 of 1976 ) the Government of Karnataka hereby exempts with effect from the First Day of April,1993, the tax payable under the said Act, by a physically Handicapped Person who has total permanent disability of not less than 40 percentage of both Upper and Lower and Extremity Deformities subject to Production Certificate obtained from the Head of the Orthopaedics, Department of a Government Civil Hospital in the State in the following proforma,-

### CERTIFICATE

I hereby certify that I have examined Shri/Smt.....  
who is said to have been employed in.....  
as (designation).....and whose  
signature is attested by me. After the detailed examination, I find that he/she has got  
the following permanent/partial disability of.....

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

In conclusion, I am of the opinion that the total permanent disability is not to 40 percentage of both upper and lower extremities.

Specimen signature of the  
Candidate or left hand  
Thumb impression.

Place :

Date :

Signature and designation  
of the Head of the Department of  
Orthopaedics Government Civil Hospital

By order and in the name of the  
Government of Karnataka  
**G. BALAKRISHNA SHARMA,**  
Under Secretary to Government  
Finance Department (Taxes).

## **NOTIFICATION - V**

NO. FD 11 CPT 92,  
Bangalore, dated 30th April 1992

In exercise of the powers conferred by Section 29 of the Karnataka Tax on Professions, Traders, Callings and Employments Act, 1976 (Karnataka Act 35 of 1976) and in supersession of Notification No. FD 3 CPT 79, dated 25th May 1979, the Government of Karnataka hereby exempts Salaried or Wage earning blind persons from the tax payable under this said Act.

By order and in the name of the  
Government of Karnataka

Sd/-

**G. BALAKRISHNA SHARMA,**  
Under Secretary to Government  
Finance Department (Taxes).

## **NOTIFICATION - VI**

No. FD 11 CPT 92,  
Bangalore, dated 30th April 1992

In exercise of the powers conferred by Section 29 of the Karnataka Tax on Professions, Traders, Callings and Employments Act, 1976 (Karnataka Act 35 of 1976) and in supersession of Notification No. FD 16 CPT 79, dated 13th November 1981, the Government of Karnataka hereby exempts Salaried or Wage earning deaf and dumb persons from the tax payable under the said Act.

“Deaf Person” for the purpose of this notification means a person in whom the sense of hearing is fully non - functional for the ordinary purpose of life or who does not

understand sound at an events with amplified speech or having hearing loss of more than 90 decibels in the better ear (profound Impairment) or total loss of hearing on both years.

By order in the name of the  
Government of Karnataka

Sd/-

**G. BALAKRISHNA SHARMA,**  
Under Secretary to Government  
Finance Department (Taxes).

No.12(35) /2007-AEI  
**Government of Karnataka**  
**Ministry of Heavy Industries & Public Enterprises**  
**Department of Heavy Industry**  
**AEI Section**

Udyog Bhawan, New Delhi  
Dated        March 2007.

To

1. ALL MANUFACTURERS OF PASSENGER CARS (as per list).
2. SIAM, New Delhi.

**Subject : Supply of car for physically handicapped customers on  
concessional rate of excise duty.**

Dear Sirs,

I am directed to refer to this Department's letter numbers 12(18)/98-AEI dated 14th June 1998 on the above subject (copy enclosed for ready reference) and to say that with a view to help the physically handicapped, the ministry of Finance, Government of India, has allowed a concessional rate of excise duty of 8% as against the normal rate of 16% and 24%.

- On cars being able to be driven by the physically handicapped; or
- On carts which has been suitably designed to be able to be driven by physically handicapped; or
- On cars meant for physically handicapped.

2. Further, the Notification issued by ministry of Finance, inter alia stipulated that this concession can be claimed on if a Deputy Secretary/Director in the Ministry of Industry certifies that the vehicles is fit for use by the handicapped persons.

3. This Departments had since finalized the criteria for issue of such certificates to the handicapped persons and it was brought to your notice for necessary action in the matter. The Certeria are as follow :-

- (a) The handicapped applicant produces a medical certificate from the Medical Officer of a Government Hospital , as in the prescribed proforma (annexure-1).
- (b) The handicapped person produces a certificate from the manufacturer of a passenger car to the effect that a booking has been made with them has been made with them and that the passenger car to be delivered to the handicapped person has specifically been designed or fitted with special control devices or

gadgets, depending upon the type of disability of the person, such as auto transmission, grip assembly, accelerator pedals, hand control, etc. fitted in the depending upon whether the disability is in right/left arm or in both legs or in combination. (Specimen is placed at Annexure-11).

(c) The applicant gives an affidavit that he had not availed of this concession in the last 5 years and that he will not dispose of the cars with excise duty concession after purchase for a period of 5 years.

The above criteria along with the proforma are also available on the Department's website: [www.dhi.nic.in](http://www.dhi.nic.in).

4. It was hoped that persons with disability, who can afford to purchase a car, will make use of this facility by submission of suitable application along with the above documents, to this Department for examination and issue of the necessary certificate for availing the excise duty concession extended by the Governments.

5. However it has been brought to the notice of the Department that there are very few models of cars available in the market which are suitable for limited disabled persons. It has been also noticed that many vehicle manufacturers are not manufacturing cars suitable for physically disabled persons thus depriving them the benefit of the excise duty concession available under the Notification of the ministry of Finance.

6. It is, therefore, requested that you may consider to manufacture at least one or two models of cars suitable to be driven by the physically challenged persons and extend this facility to your customers who are handicapped. In case you are manufacturing cars suitable for the handicapped. Persons, a list of all such models may be provided to the Department.

Your faithfully

Sd/-

**(Jayanthi G.)**

**Under Secretary to the Govt. of India  
Tel/Fax-2306 3347.**

## Annexure - II

**Certificate in respect of a orthopaedically disable person regarding Recommending for a passenger car for purpose of excise duty concession under condition No.11 of -Central Government notification No. 6/2006- Central Excise dated 1.3.2006.**

1. Name of the Person : \_\_\_\_\_

2. Father's/Husband's Name : \_\_\_\_\_

3. Residential Address : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. No. \_\_\_\_\_

4. Professional Status : \_\_\_\_\_

5. Officer Address : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. No. \_\_\_\_\_

6. Age : \_\_\_\_\_

7. Sex : \_\_\_\_\_

8. Marks of identification : \_\_\_\_\_

9. Annual Income : \_\_\_\_\_

10. Signature of the applicant : \_\_\_\_\_

- 2 -

11. Photograph - one copy :  
(full body clearly showing the  
disability postcard size duly  
attested by the officer issuing  
certificate)

12. Medical Examination

(a) General state of health : \_\_\_\_\_

(b) Vision including colour vision : \_\_\_\_\_

(c) Hearing : \_\_\_\_\_

(d) State of mental health : \_\_\_\_\_

(e) Nature of Orthopaedic : \_\_\_\_\_  
Impairment & duration  
{(Paralysis/Deformity/Loss  
of Limb/Any other (please  
specify))}

(f) Cause of impairment : \_\_\_\_\_

(g) Percentage of Orthopaedic : \_\_\_\_\_  
impairment (in word &  
in figures)

(h) Use of appliance, if any : \_\_\_\_\_

(I) Whether permanent in nature : \_\_\_\_\_

3. It is certified that Shri/Smt./Ms. \_\_\_\_\_

S/o-D/o-W/o Shri . \_\_\_\_\_

is fit/unfit to drive a passenger car fitted with Automatic transmission inspite of  
he above disability and cannot drive a Manual transmission car.

14. Case recommended / Not recommended :

15. Signature with legible rubber stamp of signatory indicating his name, designation Rubber Stamp & official address (Rehabilitation Medicine Specialist / Ortho. Surgeon) of a Govt. Hospital).

Signature\_\_\_\_\_

16. Countersignature of Civil Surgeon : \_\_\_\_\_  
(or equivalent rank) of a Govt. Hospital)

OR

Alternatively signatures of members :  
of a designated medical board of govt.  
Hospital, issuing disability certificate

1.  
(Signature)  
Stamp

2.  
(Signature)  
Stamp

3.  
(Signature)  
Stamp

\_\*\_\*\_\*\_

**ANNEXURE -III**

**Manufacturer's Certificate**

**(to be produced by the manufactures on its pad signed by the authorized signatory with full name and designation. If possible it may be countersigned by the firms doctor)**

**TO WHOM IT MAY CONCERN**

Based on the medical certificate issued by \_\_\_\_\_ (name of the doctor with full address) and the enquiry made at \_\_\_\_\_ (name of the authorized dealer with address), it is learnt that Shri \_\_\_\_\_ (name of the applicant with address), has the disability of more than \_\_\_\_\_ (nature and magnitude of the disability to be specified in clear terms) and has therefore opted for the \_\_\_\_\_ (name of the Model).

This is to certify that the \_\_\_\_\_ (name of the Model) suit the disability of Shri \_\_\_\_\_ (name of the applicant) and he is unlikely to have any problem in driving this vehicle.

(Authorized Signatory)

(With name/designation/Address/Fax/Tel No:)

\_\*\_\*\_\*\_



**ANNEXURE - 11**

**STANDARD FORMAT OF THE CERTIFICATE**

**NAME AND ADDRESS OF THE INSTRUMENTS/, Hospital Issuing Certificate**

Certificate No:.....

Date:.....

**CERTIFICATE FOR THE PERSONS WITH DISABILITIES**

This is to certify that Shri/Smt./ Kum. .... Son/wife/  
daughter of Shri .....Age.....  
old male / female, Registration No. ....is in a case of  
.....He/She is physically disable/ visual disabled/  
speech and hearing disable and he.....  
percent) permanent (physical impairment / visual impairment / Speech and  
hearing impairment) in relation to his/her .....

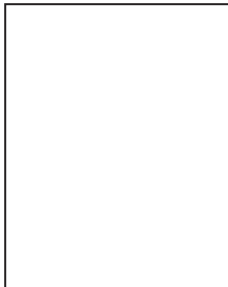
**Note:**

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

\*Strike out which is not applicable.

(DOCTOR)

(DOCTOR)



Signature / Thumb  
Impression of the patient

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

**ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡವಳಿ**

**ವಿಷಯ :** ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಖರೀದಿಸುವ ಯಾಂತ್ರಿಕ ವಾಹನದ ಬೆಲೆಯ ಶೇ.25 ರಷ್ಟನ್ನು ಹಿಂಭರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

**ಓದಲಾಗಿದೆ :** ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಎಫ್‌ಡಿ 12 ಎಸ್ ಆರ್ ಪಿ 2012(X)  
ದಿನಾಂಕ 16.02.2013

**ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:**

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ದಿನಾಂಕ 16-02-2013ರ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲರ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಹಾಲಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವಾಹನ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು 2012 ಪರಿಷ್ಕೃತ ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿಯ ಮೂಲ ವೇತನದ ಶೇ.6ರ ದರದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಯಿಲ್ಲದೆ ತಕ್ಷಣದಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಂತೆ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ ಆದೇಶ ಹೊರಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು.

2011 ರ ಅಧಿಕಾರಿ ವೇತನ ಸಮಿತಿಯು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಕಛೇರಿಗೆ ಹೋಗಿ ಬರಲು ಬಳಸುವ ಮೋಟಾರು ಚಾಲಿತ/ಯಾಂತ್ರಿಕ (ಮೆಕಾನಿಕಲ್) ವಾಹನಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಸಹಾಯವಾಗಲೆಂದು, ಅಂತಹ ನೌಕರರು ಖರೀದಿಸುವ ವಿಶೇಷ ವಾಹನದ ಬೆಲೆಯ ಶೇಕಡ 25ರಷ್ಟನ್ನು ಗರಿಷ್ಠ ರೂ 25000/-ಗಳ ಮಿತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಹಿಂಭರಿಸಲು ಮಾಡಿರುವ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಸರ್ಕಾರವು ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ:

**ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಎಫ್‌ಡಿ 12 ಎಸ್ ಆರ್ ಪಿ 2012 (XI)**

**ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 10ನೇ ಜೂನ್ 2013**

ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಕಛೇರಿಗೆ ಹೋಗಿ ಬರಲು ಬಳಸುವ ಮೋಟಾರು ಚಾಲಿತ/ಯಾಂತ್ರಿಕ (ಮೆಕಾನಿಕಲ್) ವಾಹನಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಸಹಾಯಧನವಾಗಿ, ವಿಶೇಷ ವಾಹನದ ಬೆಲೆಯ ಶೇಕಡ 25 ರಷ್ಟನ್ನು ಗರಿಷ್ಠ ರೂ.25,000/-ಗಳ ಮಿತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಸೇವಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಾರಿ ಮಾತ್ರ ಹಿಂಭರಿಸಲು ಸರ್ಕಾರವು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

2. ಈ ಸೌಲಭ್ಯವು ಶೇ.40ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯಿಂದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನು ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

3. ಈ ಸೌಲಭ್ಯದ ಮಂಜೂರಾತಿಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ವಾಹನ ಖರೀದಿಯ ಬಿಲ್ಲನ್ನು ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

4. ಈ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

**ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ**

**ಸಹಿ/-**

**ಕೆ.ಎಸ್. ರಾಜಲಕ್ಷ್ಮಿ  
ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ**

## ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿ

ವಿಷಯ: ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ  
ವಾಹನ ಭತ್ಯೆ - ದರಗಳ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ.

ಓದಲಾಗಿದೆ: ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಎಫ್‌ಡಿ 31 ಎಸ್ ಆರ್ ಪಿ 2007(1)  
ದಿನಾಂಕ 14.08.2008.

### ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ದಿನಾಂಕ 14-8-2008 ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವಾಹನ ಭತ್ಯೆಯ ದರಗಳನ್ನು ದಿನಾಂಕ 01-08-2008 ರಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಂತೆ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ ಆದೇಶ ಹೊರಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

2011 ಅಧಿಕಾರಿ ವೇತನ ಸಮಿತಿಯ ಇತರೆ ವಿಷಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಅಂಧ ದಿನಾಂಕ ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ ಹೊಂದಿದ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಹಾಲಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವಾಹನ ಭತ್ಯೆಯ ದರವನ್ನು ಮಾಸಿಕ ರೂ.400/- ಗಳ ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಮೂಲ ವೇತನದ ಶೇಕಡ 6 ರಿಂದ ಪರಿಷ್ಕೃತ ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿಯಲ್ಲಿ. ಯಾವುದೇ ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮೂಲ ವೇತನದ ಶೇಕಡ 6 ರ ದರದಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಮಾಡಿರುವ ಶಿಫಾರಸ್ಸನ್ನು ಸರ್ಕಾರವು ಪರಿಗಣಿಸದೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಎಫ್‌ಡಿ 12 ಎಸ್‌ಆರ್ ಪಿ 2012 (X)  
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 16ನೇ ಫೆಬ್ರವರಿ 2013

ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ ಹಾಲಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವಾಹನ ಭತ್ಯೆಯ ದರವನ್ನು 2012 ಪರಿಷ್ಕೃತ ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿಯ ಮೂಲ ವೇತನದ ಶೇ.6 ರ ದರದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಗರಿಷ್ಠ ಮಿತಿಯಿಲ್ಲದೆ ತಕ್ಷಣದಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಂತೆ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲು ಸರ್ಕಾರವು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

2. ಈ ಆದೇಶಗಳು ಅನುದಾನ ಪಡೆಯುವ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೂ ಸಹ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

3. ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ವಿಧಿಸಿರುವ ಇತರೆ ಷರತ್ತುಗಳು ಮುಂದುವರೆದು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಸಹಿ/-

ಕೆ.ಎಸ್. ರಾಜಲಕ್ಷ್ಮಿ

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವೆಗಳು-2)

## **PROCEEDING OF THE GOVERNMENT OF KARNATAKA**

**Sub:** Conveyance Allowance in respect of Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees - Revision of rates.

**Read:** G.O. NO. FD 31 SRP 2007(1) DATED 14.08.2008

### **PREAMBLE:**

In Government Order dated 14.08.2008 read above, orders were issued revising the rates of Conveyance Allowance in respect of Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees with effect from 01-08-2008.

The recommendation made by the Official Pay Committee 2011, among other things. regarding revision of the Conveyance Allowance in respect of Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees from the existing 6% of the basic pay subject to maximum of Rs 400/- per month to 6% of basic pay in the revised pay scale without any ceiling limit has been considered by the Government and the following orders are issued

### **GOVERNMENT ORDER NO. FD 12 SRP 2012(X) BANGALORE, DATED 16TH FEBRUARY 2013**

Government are pleased to revise the rates of Conveyance Allowance in respect of Blind and Orthopaedically Handicapped State Government employees to 6% of basic pay in the Revised pay Scale 2012 without any ceiling limit with immediate effect.

2. These orders are also applicable to Blind and Orthopaedically Handicapped employees of aided educational institution.
3. The other conditions regular grant of this allowance shall continue to apply,

**By Order and in the name of the  
Governor of Karnataka**

**Sd/-  
(K.S. RAJALAKSHMI)  
Under Secretary to Government  
Finance Department (Service - 2)**

**FORM NO. 10-1A**

[See sub-rule (2) of rule 11 a]

**Certificate of the medical authority for certifying 'person disability',  
'severe disability', 'autism', 'cerebral palsy' and 'multiple disability'  
for purpose of section 80DD and section 80U**

Certificate No.....

Date:.....

This is to certify that Shri/Smt./Ms. ....  
son/daughter of Shri.....age.....years.....male/female\*  
residing at.....Registration No.....is  
a person with disability/Severe disability Suffering from autism/cerebral palsy/  
multiple disability\*.

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to  
improve\*.

3. Reassessment is recommended/not recommended after a period of  
.....months/years\*.

Sd/-  
(Neurologist/Pediatric Neurologist/  
Civil Surgeon/ Chief Medical Officer)

Name :.....

Address of Institution/Government hospital :

.....

.....

Qualification/designation of specialist:.....

SEAL

Signature/Thumb impression\* of specialist :

Note: \*Strike out whichever is not applicable.

### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿ

ವಿಷಯ: ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಅವಲಂಬಿತ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಭತ್ಯೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

2011 ರ ಅಧಿಕಾರಿ ವೇತನ ಸಮಿತಿಯು ಒಂದನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ ಹನ್ನೆರಡನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೆ ವಿಶೇಷ, ಸಂಯೋಜಿತ (intergated) ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುವ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಮಗುವಿಗೆ ಮಾಸಿಕ ತಲಾ ರೂ.500/- ರಂತೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಎರುಡು ಮಕ್ಕಳ ವಿಧ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಶಿಫಾರಸ್ಸನ್ನು ಸರ್ಕಾರವು ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಎಫ್‌ಡಿ 12 ಎಸ್ ಆರ್ ಪಿ 2012 (XIII)  
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 10ನೇ ಜೂನ್ 2013.

ವಿಶೇಷ, ಸಂಯೋಜಿತ (intergated) ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನೇ ತರಗತಿಯಿಂದ ಹನ್ನೆರಡನೇ ತರಗತಿಯವರೆಗೆ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಗರಿಷ್ಠ 18 ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಿತಿ ಮೀರದ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಅವಲಂಬಿತ ಅಂಧ ಅಥವಾ ಚಲನವೈಕಲ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಮಗುವಿಗೆ ಮಾಸಿಕ ತಲಾ ರೂ.500/-ಗಳಂತೆ ಗರಿಷ್ಠ ಎರುಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಷರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನಿಗೆ ಹಿಂಭರಿಸಲು ಸರ್ಕಾರವು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

1. ಕನಿಷ್ಠ ಶೇ.40 ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಧ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಮಕ್ಕಳು ಮಾತ್ರ ಶಿಕ್ಷಣ ಭತ್ಯೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗುತ್ತಾರೆ.
2. ಮಕ್ಕಳ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದು ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಶಿಫಾರಸ್ಸಿನೊಂದಿಗೆ ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಈ ಭತ್ಯೆಗೆ ಅರ್ಹರಾಗುತ್ತಾರೆ.
3. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅವರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತರಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನು ನೀಡುವ ಘೋಷಣೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.
4. ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನ ಅವಲಂಬಿತ ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳು ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ವಿಶೇಷ ಭತ್ಯೆ/ಇತರೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನು ಅರ್ಹರಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

5. ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳ ತಂದೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಇಬ್ಬರೂ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಹಿಂಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

6. ಅಂಧ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳು 12ನೇ ತರಗತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗ ಮಾಡುವವರೆಗೆ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ 18 ವರ್ಷ ಪೂರ್ಣಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೆ ಇವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ಮೊದಲೋ ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಹಿಂಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಈ ಆದೇಶನ್ವಯ, ನೀಡಲಾಗುವ ಶಿಕ್ಷಣ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಲು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಇಲಾಖಾ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾದಿಕಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಸಹಿ/-

ಕೆ.ಎಸ್. ರಾಜಲಕ್ಷ್ಮಿ  
ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವೆಗಳು-2)

## ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಪಿಎಆರ್ 14 ಎಸ್‌ಟಿಆರ್ 86,

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸಚಿವಾಲಯ,  
ವಿಧಾನಸೌಧ  
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 7-11-1986

### ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ

ವಿಷಯ: ಅಂಗವಿಕಲರ ನೌಕರರ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ: ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಪಿಎಆರ್ 9 ಎಸ್‌ಟಿಆರ್ 84, ದಿನಾಂಕ 5-9-1985.

ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ ಹೊರಡಿಸಲು ಅಧಿಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಪಿಎಆರ್ 9 ಎಸ್‌ಟಿಆರ್ 84, ದಿನಾಂಕ 5-9-1985ರಲ್ಲಿ ಅಂಗವಿಕಲರನ್ನು ಅದರಲ್ಲೂ ಕುರುಡರನ್ನು ಸಹಾನುಭೂತಿಯಿಂದ ನೋಡಬೇಕೆಂದು ಅವರಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿಯಮಗಳಲ್ಲಿ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ, ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರನ್ನು ಅವರ ಕಾರ್ಯನಿಷ್ಠೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಆಕ್ಷೇಪವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಮುಂದುವರಿಸಬಹುದು. ಒಂದು ವೇಳೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಬೇಕಾದುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ ಬಡ್ತಿ ಕೊಟ್ಟಾಗ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾದಾಗ ಅಮಗವಿಕಲರನ್ನು ಅವರ ಇಚ್ಛೆ ವಿರುದ್ಧ ವರ್ಗಾಯಿಸುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅತಿ ವಿರಳವಾಗಿರ ಬೇಕೆಂದು ಸರ್ಕಾರ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬಯಸುತ್ತದೆ. ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರು ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಬೇಕು.

2. ಕೆಲವು ಅಂಗವಿಕಲರ ನೌಕರರಿಗೆ ಅವರ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಮೇಲಿನ ಮಹಡಿಗಳನ್ನು ಏರಿ ಹೋಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು ಪ್ರಯಾಸವಾಗುವುದು ಸಹಜ. ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ನೌಕರರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು ಕಷ್ಟದಾಯಕವಾಗಿರಬಹುದು. ಅಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಚೇರಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕಾಗುವುದು ಕಚೇರಿ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರ ಕರ್ತವ್ಯ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿ ಅದರಂತೆ ಸಾಧ್ಯವಾದ ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಅವಶ್ಯವಿದ್ದರೆ ಅನುಕೂಲವಾದ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಅವರಿಗೆ ಒದಗಿಸಿಕೊಡಬೇಕು. ಅಂಗವಿಕಲರನ್ನು ವರ್ಗಾಯಿಸಬೇಕಾದ ವಿರಳ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅವರಿಗಾಗಿ ಮಾಡಿಸಿರಬಹುದಾದ ವಿಶೇಷ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಅವರು ವರ್ಗಾಯಿಸಿಲ್ಲದಿದ್ದರಲ್ಲಿ/ ಕಚೇರಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಸಾಗಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಸಹಿ

(ಎಲ್. ರವೀಂದ್ರ)

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು  
ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು)



### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿಗಳು

ವಿಷಯ: ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ವರ್ಗಾವಣೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ

**ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶಸಂಖ್ಯೆ : ಸಿಆಸುಇ 18 ಸೇನೌವ 2014, ಬೆಂಗಳೂರು,  
ದಿನಾಂಕ: 06.02.2014**

ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರ ವರ್ಗಾವಣೆ/ನಿಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ದಿನಾಂಕ: 07.06.2013 ರ ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ :ಸಿಆಸುಇ 22 ಸೇನೌವ 2013, ರಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸದರಿ ಆದೇಶದ 9ಅ VII ಕ್ಕೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಆದೇಶಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಂಗವಿಕಲರನ್ನು ಸಹಾನುಭೂತಿಯಿಂದ ನೋಡಬೇಕು. ಅವರಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿಯಮಗಳಲ್ಲಿ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೇ ಅವರ ಕಾರ್ಯನಿಷ್ಠೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಆಕ್ಷೇಪಣೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವೇಳೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಲೇ ಬೇಕಾದುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ ಬಡ್ತಿ ಕೊಟ್ಟಾಗ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯವಾದಾಗ ಅಂಗವಿಕಲರನ್ನು ಅವರ ಇಚ್ಛೆಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ವರ್ಗಾಯಿಸುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅತಿವಿರಳವಾಗಿರಬೇಕು. ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರು ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದ ಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಬೇಕು.”

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆಜ್ಞಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಸಹಿ/-

ಡಾ. ಮಂಗಳ. ಜಿ.ಎಸ್.

ಸರ್ಕಾರದ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ  
ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು-1)

### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡವಳಿಕೆಗಳು

ವಿಷಯ: ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

- ಓದಲಾಗಿದೆ: 1) ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಸಂಖ್ಯೆ: 16-19/97, ಎನ್‌ಐ-1 ದಿನಾಂಕ 01-06-2001  
2) ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಇ 143 ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ ದಿನಾಂಕ 01-06-2003,  
3) ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಇ 107 ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ 2003, ದಿನಾಂಕ :11.07.2003  
4) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ ಆದೇಶ  
ಸಂಖ್ಯೆ : ಆಕುಕ : 15 : ಐಎಂಇ : 2004, ದಿನಾಂಕ:20-10-2004  
5) ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ  
ಸುತ್ತೋಲೆ ಸಂಖ್ಯೆ : ಹೆಚ್‌ಇಟಿ:ಡಿಪಿ:58:07-08, ದಿನಾಂಕ:17.09.2007  
6) ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿ.ಒ.ಸಂ;16-02:2007,  
ಡಿಡಿ-3, ದಿನಾಂಕ:15.02.2010  
7) ದಿನಾಂಕ: 13.05.2010 ರಂದು ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ  
ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಸಭಾ ನಡವಳಿ.

#### ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ:(1) ರ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿಸೂಚನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರಯುಕ್ತ ಸಚಿವಾಲಯವು ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ಗುರುತಿಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಂತೆ ಮೇಲಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ (2) ಮತ್ತು (3) ರಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರವು ಹೊರಡಿಸಿರುವ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ:(4) ರ ಸುತ್ತೋಲೆ ತಾಲ್ಲೂಕುಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ ಆದೇಶಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ (5)ರ ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯು ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡಲು ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ:(6) ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಹೊರಡಿಸಿರುವ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲ ಅಧಿನಿಯಮ 1995 ರ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಸಹ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸುವ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸೂಚಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವಂತೆ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ 13.05.2010 ರಂದು ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವ ನಿರ್ಣಯದಂತೆ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ (ಅಂಗವಿಕಲರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ) ಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ಸಂಬಂಧ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ಪುನರ್ ರಚಿಸಲು ಕೋರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

**ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಮಮಇ 65 ಪಿಹೆಚ್‌ಪಿ 2010,**  
**ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 18.02.2011**

ಮೇಲಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ನೀಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸರಳೀಕರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವನ್ನು ರಚಿಸಿ ಸರ್ಕಾರವು ಆದೇಶಿಸಿದೆ.

**1) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ:**

ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲರು (ಕೈ/ಕಾಲುಗಳನ್ನು ತುಂಡರಿಸಿರುವ ಅಥವಾ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಲಕ್ಷ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯುವಿನಿಂದ ಶಾಶ್ವತವಾಗಿ ಕಾಲು/ಕೈಗಳ ಸ್ವಾದೀನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ)ಹಾಗೂ ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ ಅಂಧತ್ವ ಹೊಂದಿರುವವರಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ನಗರಸಭೆ/ಪುರಸಭೆಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸ್ವಾಮ್ಯದ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ, ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಪದವಿ ಹೊಂದಿರುವ ಆಡಳಿತ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಏಕಸದಸ್ಯರು ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ವಿತರಿಸಲು ಕ್ರಮ ವಹಿಸುವುದು.

**2) ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ:**

ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲರು, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು, ಅಂಧರು ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿವಾರಿತರು ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರು ಮತ್ತು ಬಹುವಿಧ ಅಂಗವಿಕಲರುಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಹತ್ತಿರವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ತಜ್ಞ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡು ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ವಿತರಿಸಲು ಕ್ರಮ ವಹಿಸುವುದು.

1.	ಆಡಳಿತ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು : ತಾಲ್ಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಅಧ್ಯಕ್ಷರು
2.	ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು :	ಸದಸ್ಯರು
3.	ಫಿಜಿಶಿಯನ್ :	ಸದಸ್ಯರು

### 3). ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ:

ಶ್ರವಣದೋಷವುಳ್ಳವರು, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರು, ಮಂದದೃಷ್ಟಿ ದೋಷವುಳ್ಳವರು, ಸಂಪೂರ್ಣ ದೃಷ್ಟಿ ದೋಷವುಳ್ಳವರು, ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲರು, ಬಹುವಿಧ ಅಂಗವಿಕಲರು ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಎಲ್ಲಾ ವಿಧದ ಅಂಗವಿಕಲರಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ರಾಜ್ಯ / ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ವತಿಯಿಂದ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು / ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇ.ಎಸ್.ಐ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ವತಿಯಿಂದ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ನಿರ್ದೇಶಕರು / ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿನ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ವಿತರಿಸಲು ಕ್ರಮ ವಹಿಸುವುದು.

1.	ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು / ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು	ಅಧ್ಯಕ್ಷರು
2.	ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು	ಸದಸ್ಯರು
3.	ಫಿಜಿಶಿಯನ್ :	ಸದಸ್ಯರು

### 4) ಬೆಂಗಳೂರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ :

ದೈಹಿಕ ಅಂಗವಿಕಲರು, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು, ಅಂಧರು ಕುಪ್ಪರೋಗ ನಿವಾರಿತರು, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರು, ಶ್ರವಣ ದೋಷವುಳ್ಳವರು ಮತ್ತು ಬಹುವಿಧ ಅಂಗವಿಕಲರುಗಳಿಗೆ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಮುಖ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾದ 1) ವಿಕ್ಟೋರಿಯಾ 2) ಕೆ.ಸಿ.ಜನರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಮಲ್ಲೇಶ್ವರಂ, 3) ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಜಯನಗರ, 4) ಬೌರಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಲೇಡಿ ಕರ್ಜನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಶಿವಾಜಿನಗರ, 5) ಸಂಜಯಗಾಂಧಿ ಟ್ರಾಮ ಮತ್ತು ಅಸ್ಥಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೈರಸಂದ್ರ, ಬೆಂಗಳೂರು 6) ಸರ್ಕಾರಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಟಿ.ಬಿ. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆವರಣ, ಹಳೇ ಮದ್ರಾಸ್ ರಸ್ತೆ, ಇಂದಿರಾನಗರ, ಬೆಂಗಳೂರು, [ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ] 7 ಇಎಸ್ಐ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ರಾಜಾಜಿನಗರ/ಇಂದಿರಾನಗರ 8) ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, 9) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ನರರೋಗಗಳ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ, [ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯರು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರಿಗಾಗಿ] ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ವಿತರಿಸುವುದು.

1.	ಅಧೀಕ್ಷಕರು / ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು	ಅಧ್ಯಕ್ಷರು
2.	ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು	ಸದಸ್ಯರು
3.	ಫಿಜಿಶಿಯನ್ :	ಸದಸ್ಯರು

ತಪಾಸಣೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಖಾಸಗಿ/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯದ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿ ಭೇಟಿಗೆ ರೂ.1,500/- ಗೌರವಧನವನ್ನು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅನುದಾನದಲ್ಲಿ ಭರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ತಾಲ್ಲೂಕು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಮಾಹೆ ಒಂದು ದಿನಾಂಕವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ ಸದರಿ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ಪ್ರಚಾರಪಡಿಸಿ ಆ ದಿನದಂದು ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಅಂಗವಿಕಲರನ್ನು ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿ ಅವರ ಅಂಗವಿಕಲರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಹೊರಡಿಸಿರುವ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ಕ್ರಮವಹಿಸುವುದು.

ಈ ರೀತಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ದೃಢೀಕರಿಸಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಈ ಹಿಂದೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಗವಿಕಲರ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ವಿತರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂಗವಿಕಲರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ನೀಡುವಾಗ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ಅಧ್ಯಕ್ಷರನ್ನೊಳಗೊಂಡಂತೆ ಕನಿಷ್ಠ ಇಬ್ಬರೂ ಸದಸ್ಯರು (ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹಾಜರಿರತಕ್ಕದ್ದು (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ವಿತರಿಸುವುದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಹಾಗೂ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅಂಗವಿಕಲರ ಅಧಿನಿಯಮ 1995 ಕ್ಕೆ 1996 ರಲ್ಲಿ ನಿಯಮಾವಳಿಯನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿರುವುದಕ್ಕೆ ದಿನಾಂಕ: 30.12.2009 ರಂದು (F.No. 16-02/2007-DD.III) ಅನುಬಂಧ 1 ರಲ್ಲಿ ಮಾಡಿರುವ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಅನುಬಂಧ -2 ರಲ್ಲಿನ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯನ್ವಯ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸಹ ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಈ ಆದೇಶವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯ ಕಡತ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಕುಕ 123 ಎಫ್ ಪಿ ಇ 2010, ದಿನಾಂಕ 20-9-2010 ಮತ್ತು 01.02.2011 ರಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಸಹಮತಿಯೊಂದಿಗೆ ಹೊರಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆಜ್ಞಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ,

ಸಹಿ/-  
ಬಿ. ಕಮಲಮ್ಮ  
ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ -2,  
ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖೆ.

## **ANNEXURE-1**

### **DISABILITY CERTIFICATE**

(ii) for CHAPTER 2, the following chapter shall be substituted, namely:-

#### **1. Application for issue disability certificate**

- (1) A person with disability desirous of getting a certificate in his Favour shall submit an application in Form 1, and the application shall be accompanied by-
  - (a) proof of residence, and
  - (b) two recent passport size photographs.
- (2) The application shall be submitted to:-
  - (i) A medical authority component to issue such a certificate in the district of the applicant's residence as mentioned in the proof of residence submitted by him with the application or
  - (ii) The concerned medical authority in government 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 mental retardation 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.

#### **2. Issue of disability certificate :-**

- (1) On receipt of an application under rule 3, the medical authority shall, after satisfying himself that the applicant is a person with disability as defined in sub-clause (t) of section 2 of the Act, issue disability certificate in his favour in Form II, Form III Form IV as applicable.
- (2) The certificate shall be issued as far as possible, within a week from the date receipt of the application by the medical authority, but in any case, not later than one month from such date.

(3) The medical authority shall, after due examination:-

- (i) give a permanent disability certificate in cases where there are no chances of variation, over time, in the degree of disability, and
- (ii) shall indicate the period of validity in the certificate, in cases where there is any chance of variation, over time, in the degree of disability.
- (4) If an applicant is found ineligible for issues of disability certificate, the medical authority shall explain to him the reasons for rejection of his application, and shall also convey the reasons to him in writing.
- (5) A copy of every disability certificate issued under these rules by a medical authority other than the District Health Officer shall be simultaneously sent by such medical authority to the District Health Officer of the District.

**3. Review of a decision regarding issue of, or refusal to issue, disability certificate:-**

- (1) Any applicant for a disability certificate, who is aggrieved by the nature of a certificate issued to him, or by refusal to issue such a certificate in his favour, as the case may be, may represent against such a decision to the appropriate Medical Authority

provided that where a person with disability is minor or suffering from mental retardation 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.

- (2) The application for review shall be accompanied by a copy of the certificate or letter of rejection being appealed against.
- (3) On receipt of an application for review, the medical authority shall, after giving the appellant an opportunity of being heard, pass such orders on it as it may deem appropriate.
- (4) An application for review shall, as far as possible, be disposed of within a fortnight from the date of its receipt, but in any case, not later than one month from such date.

**4. Certificate issued under rule 4 to be generally valid for all purposes:-**

A Certificate issued under rule 4 shall render a person eligible to apply for facilities, concessions and benefits admissible under scheme of the Government and of Non-Government Organizations founded by Government, subject to such conditions as may be specified in relevant scheme of instructions Government.

sd/-

**B. KAMALAMMA**

Under Secretary to Government  
Department of Women and Child  
Development.



## Form-1

### APPLICATION FOR OBTAINING DISABILITY CERTIFICATE BY PERSON WITH DISABILITY (See rule 3)

1. Name.....  
(Surname) ( First name) (Middle name)
2. Father's name..... Mother's name.....
3. Date of Birth :...../...../.....  
(date) (month) (years)
- 4 Age at the time of application:
5. Sex: Male / Female
6. Address:  
  
(a) Permanent address (b) Current Address(i.e.for communication)  
.....  
.....  
  
(c) Period since when residing at current  
Address.....
7. Education Status (Pl. tick as applicable)  
  - (1) Post Graduate
  - (2) Graduate
  - (3) Diploma
  - (4) Higher Secondary
  - (5) High School
  - (6) Middle
  - (7) Primary
  - (8) Illiterate
8. Occupation.....
9. Identification Marks (i)..... (ii).....
10. Nature of disability: Locomotor/hearing/visual/mental/others
11. Period since when disable: From Birth/Since year.....

12. (1) Did you ever apply for issue of a disability certificate in the Past.....Yes/No  
 (2) If Yes, details:  
 (a) Authority to whom and district in which applied  
 (b) Result of application
13. Have you ever been issued a disability certificate in the past? If yes, Please enclose a true copy.

Declaration : I hereby declare that all particulars stated above are true to the best of my knowledge and belief , and no material information has been concealed or misstated. I further, state that if any inaccuracy is detected in the application, I shall be liable to forfeiture of any benefits derived and other action as per law.

.....  
 (Signature or left thumb impression of person with disability, or of his/her legal Guardian in case of persons with mental Retardation, autism, cerebral palsy and Multiple disabilities.)

Date:

Place:

Encl:

1. Proof of residence (Please tick as applicable)
  - (a) ration card,
  - (b) voter identity card,
  - (c) driving License,
  - (d) bank passbook
  - (e) PAN card
  - (f) passport,
  - (g) telephone, electricity, water and any other utility bill indicating the address of the application,
  - (h) a certificate of residence issued by a Panchayat, municipality, cantonment board, any gazetted officer, or the concerned patwary or Head Master of a Govt. school,
  - (I) in case of an inmate of a residential institution for persons with disabilities, destitute, mentally ill, etc., a certificate of residence from the head of such institution.
2. Two recent passport size photographs

.....  
 (For office use only)

Date:

Signature of issuing authority

**Form-11**  
**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 AUTHORITY 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 (DD/MM/YY) Age Years, male/female.....  
Registration No. ....Permanent resident of House  
No. ....Ward/Village/Street .....Postoffice/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 is.....

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

(Signature and Seal of Authority Signatory  
of Notified Medical Authority)

**FORM - III**

**DISABILITY CERTIFICATE**

(In case of multiple disabilities)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY  
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 we have carefully examined Sri/Smt./Kum.....

son/wife/daughter of Sri.....Date of

Birth.....Age.....years, male/female.....

Registration No:.....

(DD) (MM) (YY)

.....permanent resident of House No.....

.....Ward /Village/Street.....Post Office.....

.....District.....State.....

whose photograph is affixed above, and are satisfied that;

(A) He/She is a Case of Multiple Disability. His/her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) For the disabilities ticked below and is shown against the relevant disability in the table below:

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

(B) In the light of the above, his/her over all permanent physical impairment as per guidelines (to be specified), is as follows:-

In figures:- \_\_\_\_\_ percent

In words :- \_\_\_\_\_ percent

2. This condition is progressive / non progressive / likely to improve / not likely to improve.

3. Reassessment of disability is:

(I)not necessary,

Or

(ii) is recommended / after \_\_\_\_\_ year \_\_\_\_\_ months, and therefore this certificate shall be valid for

(DD)

(MM)

(YY)

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

# e.g. Single eye / both eye

& 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

5. Signature and Seal of the Medical Authority

Name and seal of Member	Name and seal of Member	Name and seal of the Chairperson

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

## FORM - IV

### DISABILITY CERTIFICATE

(In case other than those mentioned in Forms II & III)  
(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY  
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 we have carefully examined Sri/Smt./Kum.....  
son/wife/daughter of Sri.....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 are 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 ) and  
is show against the relevant disability in the table below:

Sl.No.	Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical impairment / mental disability (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. This condition is progressive / non progressive / likely to improve / not likely to improve.

3. Reassessment of disability is:

(I) not necessary,

Or

(ii) is recommended / after \_\_\_\_\_ year \_\_\_\_\_ months, and therefore this certificate shall be valid for \_\_\_\_\_  
(DD) (MM) (YY)

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

# e.g. Single eye / both eye

& 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

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

(Counter signature and  
seal of the CMO/Medical  
superintendent/Head of Government  
Hospital, in case the Certificate is  
issued by a Medical authority  
who is not a government servant  
(with seal)

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

**Note:** The principal rules were published in the Gazette of India vide notification number S.O.908(E), dated the 31st December, 1996.

**Form - V**

**Intimation of Rejection of Application for disability Certificate  
(See rule 4)**

No. \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

To,  
(Name and address of applicant  
For Disability Certificate)

Sub: Rejection of Application for Disability Certificate

Sir / Madam,

Please refer to your application dated \_\_\_\_\_ for issue of a Disability certificate for the following disability;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pursuant to the above applicant, you have been examined by the undersigned / Medical Board on \_\_\_\_\_, and I regret to inform that, for the reasons mentioned below, it is not possible to issue a disability certificate in your favour:

(I)

(ii)

(iii)

3. In case you are aggrieved by the rejection of your application, you may represent to \_\_\_\_\_ requesting for review of this decision.

Your faithfully,

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



## ANNEXURE-2

(G.O. NO. WCD 65 PHP 2010,Dated: 18.02.2011)

**Guidelines issued by the Department of Women and Child Development, Bangalore, Government of Karnataka for the Medical Authorities and their Supervisors.**

- i) **Display of Information on the procedure for issue of disability certificate in the hospital and institutes:** A notice board should be Prominently displayed in each PHC, CHC, Sub Divisional Hospital and District Hospital indicating the procedure for issue of disability certificate.
- ii) **Organisation of camps in collaboration with NGOs:** The Medical Officer should organize camps in collaboration with NGOs, principals of Schools, etc. For this purpose, Medical Superintendent/Head of Hospital/Dist. Medical Officer may collaborate with good NGOs and give due publicity.
- iii) **Assistance of Para-Medics/Rehabilitation Professionals for issue of disabilities certificate:** Specialists mentioned in the Rules should, utilize the services/ assistance of para-Medics/Rehabilitation professionals, if locally available, as given below, so that assessment of disability is faster and smoother:-

Sl. No	Type of Disabilities	Assisting paramedic rehabilitation professional
1	(i)Locomotor Disability (including any form of Cerebral palsy) (ii) Leprosy - Cured	Occupational Therapist/ Physiotherapist/ Orthotist and Prosthetist (Who are qualified and registered under Rehabilitation Council of India.)
2	(I) Blindness (ii) Low Vision	Optometrist with required facility.
3	Hearing Impairment	Audiologist/Speech pathologist having access to audiometric lab facility/resource centre.
4	Mental Retardation	Psychologist/Speech Educator
5	Mental Illness	Psychologist./Clinical Psychologist
6	Multiple Disabilities	Concerned paramedical personnel

is maintained at the State and Dist. levels of each doctor who is authorized to issue disability certificates, along with his authenticated specimen signatures. A copy of each certificate issued below the district level, which will be received in the office of the District Health & Family Welfare Officer (DHO) should be scrutinized, and discrepancy noticed, if any should be brought to the notice of DHO without delay, for taking immediate corrective action.

**XIV) Version of the disability certificates before the person with disabilities are given employment based on reservation in Government jobs:**

Since the system for issue of disabilities certificate is being simplified and decentralized, there may be possibility of its misuse, considering that employment in Government through reservation is a high value benefit. To prevent misuse of the liberalized system the recruitment agencies should ensure that the Medical Board which conduct medical examination before the appointment of person in Government and also verify the correctness of the disabilities certificate produced by a candidate. In case of disabled candidates, a report on the disability certificate should also be sent along with medical report.

XV) Hold training/orientation cps for all Doctors who would be exercising powers to issue disabilities certificates under the new system, so as to fully familiarize them with it.

XVI) Generate awareness among the public as well as person with disabilities about the new system for issue of disabilities certificates.

XVII) While facilitating issue of disabilities certificates by carrying out systematic changes as above, it would also be necessary to build in necessary checks to ensure prevention of its misuse. Attention is specially invited to above SL. No. 13 and 14 in this regard. In particular while granting benefits of reservation in employment the board which assess candidates medical fitness, must also verify the correctness of disabilities certificates.

All the Medical Authorities are hereby instructed to comply with instructions strictly as per the above guidelines.

Sd/-

**B. KAMALAMMA**

Under Secretary to Government-2  
Department of Women and Child  
Development.

**Form No. 10-A**

**[See sub rule (2) rule 11 A]**

**Certificate of the Medical Authority for Certifying 'person with disability',  
'severe disability', 'autism', 'cerebral palsy' and 'multiple disability'  
for purposes section 80 DD and section 80U**

Certificate No.....

Date.....

This is to certify that Shri/Smt/Ms. ....  
Son/daughter of Shri.....age.....years.....  
male/female residing at....., Registration  
No. ....is a person with disability / Severe disability suffering from  
autism / cerebral palsy / multiple disability\*.

2. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve/ not likely to improve\*.
3. Reassessment is recommended / not recommended after a period of months / years\*.

Sd/-

(Neurologist / pediatric Neurology / Civil surgeon / Chief Medical Officer)

Name:

Address of institution/ government hospital:

.....  
.....  
.....

Qualification/ designation of specialist:

SEAL

Signature / Thumb impression of the patient

Note: Strike out whichever is not applicable"

**Notification No. 177 /2005 F.No.142/25/2004-TPL**

**CHANDRAJIT SINGH**

Under Secretary to the Government of India

Note: The principal rules were published under Notification No. S.O. 969 dated 26.3.1962 which has been amended from time, the last such amendment was made vide notification S.O. No. 896 (E) dated the 28.6.2005

## ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಇ 1 ಸೇನಿಸೇ 2011

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸಚಿವಾಲಯ  
ವಿಧಾನಸೌಧ,  
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ 29.6.2011.

ಇವರಿಂದ,  
ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ.  
ಬೆಂಗಳೂರು

ಇವರಿಗೆ,  
ಅಧ್ಯಕ್ಷರು  
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರ ಸಂಘ,  
ಬೆಂಗಳೂರು.

ಮಾನ್ಯರೇ,

ವಿಷಯ : ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ/ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ  
ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರಿಗೆ 'ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಅಂಗವಿಕಲ/  
ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ಇಂತಹ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆಗಾಗಿ 'ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ  
ದಿ:29.6.2011 ರಂದು (ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಇ 1 ಸೇನಿಸೇ 2011 ) ಆದೇಶ ಹೊರಡಿಸಿದ್ದು, ಅದರ ಎರಡು ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು  
ಇದರೊಂದಿಗೆ ಮುಂದಿನ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡಲು ನಿರ್ದೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದೇನೆ.

ತಮ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸಿ,

ಸಹಿ/-

ಪಿ. ನಾರಾಯಣ  
ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವೆಗಳು-1)

### ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳು

ವಿಷಯ: ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ / ಅಂಗವಿಕಲ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ  
ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರಿಗೆ 'ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:-

ನ್ಯೂನತೆಯುಳ್ಳ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ವಿವಿಧ ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವುದರಿಂದ ಅಚಿತ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಅಂಥ ಮಗುವಿನ ನಡೆವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತಿದ್ದಿ ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ಮಗುವಿನಲ್ಲಿ ಮನೋಸ್ಥೈರ್ಯವನ್ನು ತುಂಬಲು ಅಲ್ಲದೆ, ಪುನರ್ವಸತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಕಲಿಕೆಯ ನೈಪುಣ್ಯತೆಗಾಗಿ ತಾಯಿಂದಿರ ಪೋಷಣೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಬಹಳವಿದ್ದು, ಅಂತಹ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಇತರರಿಗೆ ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಅವರನ್ನು ಬೇರೆಲ್ಲೂ ಬಿಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಅಂಗವಿಕಲ/ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ಇಂತಹ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆಗಾಗಿ 'ಶಿಶು ಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲು ಸರ್ಕಾರವು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಆದೇಶ ಹೊರಡಿಸಲು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಆಇ 1 ಸೇನಿಸೇ 2011 ಬೆಂಗಳೂರು  
ದಿನಾಂಕ:29.6.2011

**The person with Disabilities (Equal opportunities, Protection of Right and Full Partipitation) ACT, 1995 ಮತ್ತು The National Trust for Welfare of persons with Autism, Cerebral Palsy, Mental Retardation, Multiple disabilities ACT, 1999 ಗಳಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೂಚಿತವಾಗಿರುವ Autism, Blindness Mental Illness, Cerebral pasly, Mental Retardation & Multiple disabilities ಉಳ್ಳ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅವರ ತಾಯಿಗೆ ಮಾತ್ರ (ಮಹಿಳಾ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಿಗೆ) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಆಧಾರದ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಷರತ್ತುಗಳ ಮೇರೆಗೆ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಕಂತುಗಳಿಗೆ ಮೀರಿದಂತೆ ಹಾಗೂ 15 ದಿನಗಳಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಇಲ್ಲದಂತೆ ಇಡೀ ಸೇವಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಗೆ ಅಂದರೆ ಒಟ್ಟು 730 ದಿನಗಳ ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಸಕ್ಷಮವಾದ ಪ್ರಾಧಿಕಾರವು ಮಂಜೂರು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು,**

1) ಯಾವ ಮಹಿಳಾ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರಳು, ಮೇಲ್ಕಂಡ ಆಕ್ಟ್ ಗಳಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಂಗವಿಕಲ/ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇಂಥ ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಅಂಥ ಮಗುವಿಗೆ ನಡೆವಳಿಕೆಯನ್ನು ತಿದ್ದಿ ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ಮಗುವಿನಲ್ಲಿ ಮನೋಸ್ಥೈರ್ಯವನ್ನು ತುಂಬಲು ಅಲ್ಲದೆ, ಪುನರ್ವಸತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಕಲಿಕೆಯ ನೈಪುಣ್ಯತೆಗಾಗಿ ತಾಯಿಂದಿರ ಪೋಷಣೆ ಇಡೀ ಅವಳ ಸೇವಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಗೆ ಅಂದರೆ ಒಟ್ಟು 730 ದಿನಗಳು ಮೀರಿದಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪತ್ರದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ' ಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.

2) ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರು ತಮ್ಮ ಎರಡು ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇಂಥ ರಜೆಯ ಕೋರಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ 18 ವರ್ಷ ಮೀರಿರಬಾರದು.

3) ಇಂಥ ರಜೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವಳಿಗೆ, ಅವಳ ರಜೆಯ ಮೇಲೆ ಹೋಗುವ ನಿಕಟ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ವೇತನಕ್ಕೆ ಸಮದಾನ ರಜಾ ವೇತನವನ್ನು ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.

4) ಇಂಥ ರಜೆಯನ್ನು ಗಳಿಗೆ ರಜೆಯ ಲೆಕ್ಕಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲ. ಇಂಥ ರಜೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಯಾವುದೇ ರಜೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಮಯೋಜಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಎರಡು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಧಿಗೆ ರಜೆಯ ಅವಶ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಸಾಧಾರಣ ರಜೆಯನ್ನು ಸಹ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

5) ಇಂಥ ರಜೆಯು ಒಂದು ಕ್ಯಾಲೆಂಡರ್ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಬಾರಿಗಿಂತ ಮೀರಿಬಾರದು ಮತ್ತು ಇಂಥ ರಜೆಯು ಪ್ರತಿ ಬಾರಿ 15 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರಬಾರದು.

6) ವಿಶೇಷ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪರಿವೀಕ್ಷಣಾವಧಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳಾ ನೌಕರರಿಗೆ ಇಂತಹ ರಜೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ.

7) ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಇಂತಹ ರಜೆಯ ಅವಧಿಯ ಮಂಜೂರಾತಿಗೆ ಅಂಗವಿಕಲ/ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳಾ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ ಜಿಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.

8) ಈ ರಜೆಯನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡುವ ಸಕ್ಷಮವಾದ ಪ್ರಾದಿಕಾರವು ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆಯ ಮಂಜೂರಾತಿಯನ್ನು ಸೇವಾ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ದಾಖಲು ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಲೆಕ್ಕವಿಡಬೇಕು. ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಈ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಬಗ್ಗೆ ಕ.ನಾ.ಸೇ. ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ತಿದ್ದುಪಡಿ ತರಲಾಗುವುದು

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ  
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ

ಸಹಿ/-

ಪಿ. ನಾರಾಯಣ

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,  
ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವೆಗಳು-1)

**ವಿಶೇಷ ಮಕ್ಕಳ 'ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ'ಯ ಲೆಕ್ಕವನ್ನಿಡಲು ಪ್ರಪತ್ರ**

(ದಿ: 29-6-2011 ರ ಆಇ 1 ಸೇನಿಸೇ 2011ರ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ಅನುಬಂಧ)

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ  Sl. No	ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆಯ ಅವಧಿ  Period of Leave Take for child caring.		ಬಾಕಿ ಇಳಿದಿರುವ ಶಿಶುಪಾಲನಾ ರಜೆ  Balance of Child Caring Leave		ರಜೆ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿರುವ ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು  Sign and seal of concerned officer
	From	To	Balance	Date	
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ಸಹಿ/-

ಪಿ. ನಾರಾಯಣ

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ

ಆರ್ಥಿಕ ಇಲಾಖೆ (ಸೇವೆಗಳು-1)