

Office of the Principal

Vardhman Institute of Medical Sciences, Pawapuri, Nalanda (Bihar) PIN Code 803115
Email - principal.vims.pawapuri@gmail.com Principal Email- drpkchoudhary13@gmail.com
Principal Mob. No.: 09431648784 Website-www.vimspawapuri.org



पत्रांक: 17/55

दिनांक: 21/01/2022

कार्यालय आदेश

विभागीय पत्रांक 15 (1) दिनांक 13.01.2022 के द्वारा बी०सी०ई०सी०ई० बोर्ड पटना के द्वारा विभिन्न पाठ्यक्रमों यथा मेडिकल (स्नातक/स्नातकोत्तर)/अभियन्त्रण (स्नातक/स्नातकोत्तर), पोलटेकनिक अभियन्त्रण के प्रथम वर्ष में नामांकन हेतु Locomotore संबंधित दिव्यांग अभ्यर्थियों की दिव्यांगता की जाँच हेतु इस संस्थान को प्राधिकृत किया गया है। इस संस्थान के द्वारा Locomotor Disability की जाँच कर बी०सी०ई०सी०ई० बोर्ड, पटना द्वारा प्राप्त संलग्न प्रारूप में प्रमाण पत्र निर्गत की जानी है।

उक्त कार्य हेतु एक दिव्यांग कमेटी का गठन करते हुए निम्न में दर्शाये पदाधिकारी कमेटी के सदस्य के रूप में मनोनित किये जाते हैं।

क्र०	पदाधिकारी का नाम	पदनाम	विभाग	दिव्यांगता जाँच करने का दिन
1	डा० रामनन्दन सुमन	प्राध्यापक	हड्डी रोग	सप्ताह के प्रत्येक
2	डा० नरेन्द्र कुमार सिन्हा	सह-प्राध्यापक	हड्डी रोग	मंगलवार तथा
3	डा० सुबोध कुमार	सहायक प्राध्यापक	हड्डी रोग	शुक्रवार

आप सभी आदेशित हैं कि सप्ताह के प्रत्येक मंगलवार तथा शुक्रवार को विभाग में उपस्थित होकर अभ्यर्थी द्वारा Reporting Date के दिन ही संलग्न प्रारूप में अभ्यर्थियों का दिव्यांगता जाँच प्रतिवेदन अद्योहस्ताक्षरी को निर्गत हेतु प्रस्तुत करेंगे।

प्रचार्य
वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान,
पावापुरी, नालन्दा।
21/1/22

ज्ञापांक: 17/55, पावापुरी, नालन्दा / दिनांक: 21/01/2022

- प्रतिलिपि:— संबंधित पदाधिकारी, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ एवं अनुपालनार्थ प्रेषित।
- प्रतिलिपि:— विभागाध्यक्ष, हड्डी रोग विभाग, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ प्रेषित।
- प्रतिलिपि:— प्रभारी छात्रशाखा, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ प्रेषित।
- प्रतिलिपि:— अधीक्षक, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान अस्पताल, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ प्रेषित।
- प्रतिलिपि:— विशेष कार्य पदाधिकारी, बी०सी०ई०सी०ई० बोर्ड, पटना को सूचनार्थ प्रेषित।
- प्रतिलिपि:— विशेष कार्य पदाधिकारी, स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार, पटना को सूचनार्थ प्रेषित।

प्रचार्य
वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान,
पावापुरी, नालन्दा।
21/1/22

CERTIFICATE OF DISABILITY FOR ADMISSION IN MEDICAL / ENGINEERING / AYUSH / AGRICULTURE COURSES

(As per Gazette Notification No.-MCI-18(1)/2018-Mes./187262 dated 5th Feb 2019/ 14th May 2019 for Admission to Medical Courses in Bihar State Quota)

Same photo as given in Online Application Form duly attested by the issuing authority

Certificate No.: **Dated:**

Name of the Designated Centre :

This is to certify that Dr. / Mr. / Ms.

Aged: years Son / Daughter of Mr.

Residential Address :

UGMAC 2021 id: State DQ Rank

NEET(UG)-2021 AIR:has the following disability (name of the specified disability) in (percentage) of (in words)

..... (In figure).

* **Please tick on the "Specified Disability"**

[Assessment to be done in accordance with the Gazette Notification no.-E-162 dated 14.05.2019]

SN.	Disability Type	Type of Disability	Specified Disability
1.	Physical Disability	A. Locomotor Disability* B. Visual Impairment* C. Hearing Impairment* D. Speech & Language Disability	a. Leprosy cured person, b. Cerebral Palsy, c. Dwarfism, d. Muscular Dystrophy, e. Acid attack Victims, f. other such as amputation, pollomyelitis a. Blindness b. Low Vision a. Deaf b. Hard of hearing a. Organic / Neurological causes
2.	Intellectual Disability		a. Specific Learning Disabilities (Perceptual disabilities, Dyslexia, Dysgraphia, Dyscalculia, dyspraxia & Development Aphasia b. Autism Spectrum Disorders
3.	Mental Behaviour		a. Mental illness
4.	Disability caused due to	a. Chronic Neurological conditions b. Blood Disorders	i. Multiple Sclerosis ii. Parkinson's disease i. Hemophilia, ii. Thalassemia, iii. Sickle Cell Disease
5.	Multiple Disability including Deaf Blindness		More than one of the above-specified disabilities

* **Conclusion:** He / She is **Eligible / Not Eligible** for admission in Medical / Dental Courses as per the aforesaid Gazette Notification(s) subject to his being otherwise medically fit.

Functional competency with the aid of Assistive devices in case of Locomotor* / Visual* / Hearing* Impairment, if any

Sign. & Name
(Concerned Specialist)

Sign. & Name
(Concerned Specialist)

Sign. & Name
(Concerned Specialist)

(Signature of Principal)
Name :
Name of Institution