

பதிவு செய்யப்பட்ட தேதி : 13/9/13

1. பெயர் : K. அக்ஷயா
Name : K. Akshaya
2. பாலினம் : ☒ M ☐ F
Sex :
3. தந்தை/தாய்/பாதுகாவலர் பெயர் : கார்ஜன்
Father/Mother/Guardian Name :
4. பிறந்த தேதி மற்றும் வயது : 30/07/1999 14
Date of Birth & Age :
5. வகுப்பு / தா.வ./ப.மு./பி.வ./பி.பி.வ. மற்றும் ச.ம.,ம.வ.
Community : SC/ST/BC/MBC/and DC /Others
6. முகவரி (தொலைபேசி எண்ணுடன்) : 1/313
Address (with Telephone No.):

M. A. கார்ஜன் - II,
மாரிதாசு காமகாண்டி பள்ளி,
அட்டை பள்ளி, கோட்டி

7. இரத்தத்தின் பிரிவு :
Blood Group :
8. கல்வி/தொழிற்கல்வி/தொழிற்புற தகுதி :
Educational/Vocational/Professional Qualification : 10th
9. குடும்ப வருமானம் (ஆண்டு) :
Family Income (P.A.):
10. தொழில் :
Occupation :

2

மறுவாழ்வு உதவிகள் மற்றும் சலுகைகள் அளித்த விவரம்
Details of Benefits & Concessions Provided

வ. எண். S.No.	நாள் Date	வழங்கப்பட்ட உதவிகள் விவரம் Details of Benefits Provided	வழங்கிய அலுவலரின் கையொப்பம் அலுவலக முத்திரையுடன் Signature of the officer with seal
(1)	(2)	(3)	(4)

13/9/13

மாண்புமிகு கல்வி, இளைஞர்
கலாச்சார மற்றும் விளையாட்டு
துறை அமைச்சர்

மாண்புமிகு கல்வி, இளைஞர்
கலாச்சார மற்றும் விளையாட்டு
துறை அமைச்சர்

11. வேலை வாய்ப்பு அலுவலகத்தில்
பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா?
Registration in Employment
ஆம் Yes இல்லை No

12. மாவட்ட வேலை வாய்ப்பு
அலுவலகம்
District employment Office
வாழ்க்கைத் தொழில்
மறுவாழ்வு மையம்
Vocational
Rehab. Centre

பதிவு எண்.
Reg. No.

13. அங்க அடையாளங்கள் (1)
Identification Marks

(2) இடது கை அடிக்
குறியை 50%

14. ஊனத்தின் தன்மை
Nature of Disability

15. ஊனத்தின் அளவு/சதவீதம்
Degree/Percentage of Disability

16. மருத்துவச் சான்று வழங்கியது/வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

(அ) மருத்துவ அதிகாரி / Medical Authority
(ஆ) மருத்துவக்குழு / Medical Board
(இ) வழங்கிய நாள் / Date of issue :

மாவட்ட வேலை வாய்ப்பு அலுவலகம்
இடது கை பெறப்பட்ட ரேகை
Signature of Thumb impression
of Card Holder

மாண்புமிகு கல்வி, இளைஞர்
கலாச்சார மற்றும் விளையாட்டு
துறை அமைச்சர்
Signature of District Differently
abled Welfare Officer with Seal

3

மறுவாழ்வு உதவிகள் மற்றும் சலுகைகள் அளித்த விவரம்
Details of Benefits & Concessions Provided

வ. எண். S.No.	நாள் Date	வழங்கப்பட்ட உதவிகள் விவரம் Details of Benefits Provided	வழங்கிய அலுவலரின் கையொப்பம் அலுவலக முத்திரையுடன் Signature of the officer with seal
(1)	(2)	(3)	(4)

K GOPALSAMY, B.Com., M.Ed., M.Phil.,
Headmaster,
Municipal Boys Hr. Sec. School,
Pollachi - 642 001.

1. ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை/நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
சான்றிதழ் எண் நாள் 17/8/09

Name & Address of the Institute / Hospital issuing the Certificate
Certificate No. Date

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities

திரு/திருமதி/செல்வி

த.பெ./க.பெ. F

வயது

ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர் 14.

பார்வையற்றவர்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும் திறன்/செவித்திறன்
குறையுடையவர் சதவிகிதம் (____%) ஊனமுடையவர்.

This is to certify that Shri/Smt/Kum Kirubaswari
son/wife/daughter of

Shri Radhamonokalan

Age _____ old male/female, Registration No. _____ is

a case of radial club Hand Thumb Hypoplasia

He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing

disabled and has 65 % (Sixty Five per cent)

permanent (physical impairment/visual impairment / Speech & Hearing impairment) in relation to his/her.

குறிப்பு

Note

1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அல்லதுக் கூடியது / முன்னேற்றம்
அடைய முடியாதது / குணமடையக் கூடியது / குணமடைய முடியாதது.

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

2. _____ மாதங்கள்/ ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.

Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years*

* பொருத்தமில்லாதவற்றை அடிக்கவும்.

* Strikeout which is not applicable.

GOVT. SURGEON
GENERAL BOARD
GOVT. HOSPITAL
POLLACHI
(மருத்துவக் கைப்பொப்பம்/விரல் ரேகை)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
(Seal)

GOVT. SURGEON
GENERAL BOARD
GOVT. HOSPITAL
POLLACHI
(மருத்துவக் கைப்பொப்பம்/விரல் ரேகை)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
(Seal)

GOVT. SURGEON
GENERAL BOARD
GOVT. HOSPITAL
POLLACHI
(மருத்துவக் கைப்பொப்பம்/விரல் ரேகை)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
(Seal)

ஊனமுற்ற நபரின் கைப்பொப்பம்/விரல் ரேகை
Signature / Thumb impression of the patient

மருத்துவக் கண்காணிப்பாளர் / தலைமை
மருத்துவ அலுவலர்/மருத்துவமனையின்
தலைவரின் மேலொப்பம்
Certified by the
Medical Superintendent/CMO/Head
of Hospital (with Seal)



ததுவமனை/நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும்
 சுகவரி சான்றிதழ் எண் நாள்
 Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
 Certificate No. Date

உள்ளுமற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities

திரு/திருமதி/செல்வி
த.பெ./க.பெ
ஆண்/பெண்
பார்வையற்றவர்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்திறன்/செவித்திறன்
குறையுடையவர் _____ சதவிகிதம் (_____ %) ஊனமுடையவர்.

This is to certify that Shri/Smt/Selvi A. Ponnay
son/wife/daughter of Neeraj
Shri _____ is
Age 9 old male/female, Registration No. _____
a case of Raynaud's (Phlebotomy)
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has 100 % (100 Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her Chronic

குறிப்பு
Note

- Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக் கூடியது / முன்னேற்றம் அடைய முடியாதது / குணமடையக் கூடியது / குணமடைய முடியாதது.
This condition is progressive/ non-progressive/likely to improve/ not likely to improve*

2. மாதுங்கள்/ ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை. ☒ recommended / is recommended after

Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months/years*

* பொருத்தமில்லாதவற்றை அடிக்கவும்.
* Strikeout which is not applicable.





18/10/05
 18/10/05
18/10/05

கையொப்பம்: V. Jayaraman கையொப்பம்: V. Jayaraman கையொப்பம்: V. Jayaraman
 (மருத்துவர்) (மருத்துவர்) (மருத்துவர்)
 (முத்திரையுடன்) (முத்திரையுடன்) (முத்திரையுடன்)
 (DOCTOR) (DOCTOR) (DOCTOR)

Seal Seal Seal

Signature / Thumb impression of the patient

மருத்துவக் கண்காணிப்பாளர் தலைமை
மருத்துவ தலைவரார் மருத்துவமனைத்
தலைவரின் மேலொய்ம்
Co-ordinator for the
Medical Superintendent (MO/Head
of Hospital (with dual))

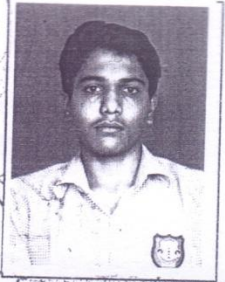


தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMILNADU

உதவிகள் பதிவு புத்தகம்
PASS BOOK

வழங்கும் அலுவலகம்
தமிழ்நாடு அரசு

Issuing Authority :
Government of Tamilnadu



மாநிலக் குறியீடு State Code	மாவட்டத்தின் பெயர் Name of the District	ஊனத்தின் குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN	INDIA	1680	1680

குறிப்பு
இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு, மாநில அரசு, அரசு ஊர்ந்த மற்றும் உள்ளாட்சி நிர்வாகங்களால் வழங்கப்படும் உதவிகள் / சலுகைகள் அல்லவோடு நிவாரணப் பணிகளிலும் / விதி / அறிவுரைகளுக்கும் / பெறத் தகுதியுடையவராவார்.
தவறான வழியிலே / மோசடியாகவோ ஊனமுற்றோருக்கான சலுகைகளைப் பெறும் / பெற முயற்சித்தல் தண்டனைக்குரியது ஆகும். மின்னாக்கொலை மரட்டு சிறைகளில் ஊன அல்லது ரூபாய் இருபதாயிரம் அபராதம் அல்லது இரண்டும் சேர்த்து தண்டனையைக் கவனிக்கப்படும்.

Instruction
The holder of the Identity Card for Person with Disabilities is eligible to claim concessions / benefits provided by Central Government, State Government, Statutory Bodies and other Local authorities in accordance with the Rules / Rules / Instructions issued by these authorities from time to time.
Whoever fraudulently avails or attempts to avail any benefit meant for persons with disabilities, shall be punishable with imprisonment for a term, which may extend to two years or with fine which may extend to twenty thousand rupees or with both.

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate
2-8-12
மருத்துவமனை / நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the Certificate
சான்றிதழ் எண்.
Date
சான்றிதழ் எண்.
Certificate No.
ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities
திரு. / திருமதி. / செல்வி.
த.பெ. / க.பெ.
ஆண் / பெண்
பாள்வையற்றவர் / உடல் ஊனமுற்றவர் / பேசும்திறன் / செவித்திறன் குறையுடையவர்.
சதவிகிதம் (%) ஊனமுடையவர்.
This is to certify that Shri. / Smt. / Selvi.
Son / Wife / Daughter of
Shri.
Age 14 Old Male / Female Registration No. 1680
a case of PERMANENTLY disabled / speech & hearing disabled
He / She is physically disabled / visual impaired / speech & hearing disabled
and has 100% (Percent) permanent (physical
impairment / visual impairment / Speech & Hearing Impairment) in relation to
his / her
குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக்கூடியது / முன்னேற்றம் அடைய முடியாதது / குணமடையக்கூடியது / குணமடைய முடியாதது.
This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve.
2. மாதங்கள் / ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு செய்யப் பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of months / years.
* பொருத்தமில்லாதவற்றை அடிக்கவும்.
* Strikeout which is not applicable.

கையொப்பம்
(மருத்துவ) முத்திரை
(DOCTOR'S Seal)
Dr. P. S. KUMAR M.S.(Ortho)
Govt. Head Surgeon
No: 57651
Assistance
PALLADIYUR
RMC-76193
கையொப்பம்
(மருத்துவ) முத்திரை
(DOCTOR'S Seal)
Dr. SUGANTH
Raj
Consultant
Civil Assistant Surgeon
Govt. Post. Head Quarters Hospital
Trupur
கையொப்பம்
(மருத்துவ) முத்திரை
(DOCTOR'S Seal)
Dr. SUGANTH
Raj
Consultant
Civil Assistant Surgeon
Govt. Post. Head Quarters Hospital
Trupur
ஊனமுற்ற நபரின் கையொப்பம் / இடதுகைப் பெருவிரல் ரேகை
Signature / Thumb Impression of the Patient
மருத்துவக் கண்காணிப்பாளர் / தலைமை மருத்துவ அலுவலர்
மருத்துவமனைத் தலைவரின் மேலொப்பம்
Countersigned by the
Medical Superintendent / CMO /
Head of Hospital (with Seal)
P. SENTILKUMAR M.S.(Ortho)
No: 57651
Surgeon
Quarters Hospital
Trupur

17-60-74

FORM - IV
DISABILITY CERTIFICATE(In cases other than those mentioned in Forms II and III)
(See rule 4)

Name and address of the Medical Authority issuing the Certificate : 	
Dr. Suresh D. Joseph M.B.B.S., D.Ortho., DNB.Ortho., Reg. No. 43642 Senior Civil Surgeon (Ortho) Dist. Govt. HQ. Hospital, Pollachi.	Dr. Suresh D. Joseph M.B.B.S., D.Ortho., DNB.Ortho., Reg. No. 43642 Senior Civil Surgeon (Ortho) Dist. Govt. HQ. Hospital, Pollachi.



CERTIFICATE No. :

Date : 19/5/15

This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kumr R. MANOJ KUMAR
son/wife/daughter of Shri G. RAJALINGAM
Date of Birth 19/03/2000 Age 15 years, Male / Female :
(DD MM YYYY)

Registration No. 41509/12201 Permanent resident of House No. 21Ward / Village / Street Annai Indrashekar, Bulmawau pathi, PollachiPost Office Bulmawau pathi District Coimbatore State Tamil Nadu

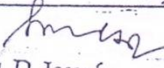
whose photograph is affixed above, and am satisfied that he/she is a case of Locomotor Disability. His/her extent of percentage of physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines and is shown in the table below :

Disability	Affected part of the body	Diagnosis	Permanent physical impairment / Mental Disability (in %)
LD	Short stature	Pituitary dwarfism	40% (family)

2. The above 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 _____ years _____ months, and therefore this Certificate shall be valid till _____
4. The applicant has submitted the following document as proof of residence :

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing Certificate
Family Card 13/G/052/1543	2005	Civil Supply & Consumer protection dept.

R. Manoj Kumar
Signature / Thumb impression of the person in
whose favour Disability Certificate is issued


Dr. Suresh D. Joseph
M.B.B.S., D.Ortho., DNB.Ortho.,
Reg. No. 43642
Senior Civil Surgeon (Ortho)
Dist. Govt. HQ. Hospital, Pollachi.
(Authorised Signatory of notified Medical Authority)
(Name and Seal)



தமிழ்நாடு ஊனமுற்றோர் நல வாரியம்

பட்டி எண் 7268 CBE நாள் 8.4.60

சும்ப அட்டை எண்:

பெயர்/முகம் : சசிகுமார்

வயது

12.

உயரம்

40

சதவீதம்

50%.

திரு. கெ. என். முனை
செவட்டி ஊனமுற்றோர் மறுவாழ்வு அலுவலர்
கோயில் * * * * *