

राजस्थान अध्यापक पात्रता परीक्षा – 2017

परिशिष्ट-अ

माध्यमिक शिक्षा बोर्ड, राजस्थान, अजमेर

परीक्षा में अतिरिक्त समय दिये जाने तथा श्रुतलेखक के सम्बन्ध में आवश्यक निर्देश

केवल 50 मिनट अतिरिक्त समय दिये जाने हेतु

रोग	आवश्यक असक्षमता	रोग प्रमाण-पत्र जारी करने हेतु सक्षम अधिकारी *	प्रति हस्ताक्षित
1. सूर्यमुखी/ मायोपिया अथवा अन्य कोई बीमारी जिससे आँख की रोशनी बाधित हो	40 प्रतिशत एवं इससे अधिक दृष्टि विकलांगता	नेत्र चिकित्सक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
2. सेरीब्रल पल्सी	40 प्रतिशत एवं इससे अधिक विकलांगता	मनो चिकित्सक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
3. पोलियो/लकवा/जन्मजात विकलांगता	40 प्रतिशत एवं इससे अधिक विकलांगता	अस्थिरोग चिकित्सक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
4. मूक बधिर	40 प्रतिशत एवं इससे अधिक विकलांगता	नाक, कान, गला, चिकित्सक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक

श्रुतलेखक दिये जाने हेतु (श्रुतलेखक की स्थिति में भी 50 मिनट अतिरिक्त समय देय होगा।)

1. दृष्टिबाधित	75 प्रतिशत एवं इससे अधिक दृष्टि विकलांगता	नेत्र चिकित्सक	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
2. सेरीब्रल पाल्सी	75 प्रतिशत एवं इससे अधिक शारीरिक असक्षमता	बोर्ड जिसमें एक मनोचिकित्सक व अस्थिरोग चिकित्सक जो कनिष्ठ विशेषज्ञ से कम स्तर का नहीं हो।	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
3. पोलियो/लकवा/जन्मजात विकलांगता	लिखने में असक्षमता	अस्थिरोग चिकित्सक जो कनिष्ठ विशेषज्ञ से कम स्तर का नहीं हो।	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/पी.एम.ओ./मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक
4. विमदित **: *	(अधिगम अक्षमता) Moderate Severe	मनोचिकित्सक	राजकीय मेडिकल कॉलेज स्तरीय चिकित्सालय में गठित मेडिकल बोर्ड की अनुशंसा पर

* मान्यता प्राप्त राजकीय चिकित्सक जो कनिष्ठ विशेषज्ञ से कम स्तर का नहीं हो या चिकित्सालय/मेडिकल कॉलेज द्वारा अधिकृत बोर्ड।

** विमदित (अधिगम अक्षमता) परीक्षार्थियों को Mild, Moderate व Severe तीन श्रेणियों में विभक्त किया गया है।

- कार्यालय समन्वयक, रीट-2017 द्वारा श्रुतलेखक की सहायता से परीक्षा में सम्मिलित होने वाले परीक्षार्थियों की सूचना प्राप्त होने पर अथवा केन्द्र पर केन्द्राधीक्षक को दृष्टिहीन/सेलीब्रल पल्सी/पोलियो/लकवा/जन्मजात विकलांगता, विमदता के कारण असमर्थता शारीरिक रूप से निःशक्त ऐसे परीक्षार्थी जो स्वयं अपने हाथ से लेखन कार्य करने में समर्थ हैं, के द्वारा परीक्षा आरम्भ होने से कम से कम दो दिन पूर्व वांछित चिकित्सा प्रमाण-पत्र सहित उपस्थित होकर श्रुतलेखक की सुविधा उपलब्ध कराये जाने की प्रार्थना किये जाने पर केन्द्राधीक्षक द्वारा श्रुतलेखक की व्यवस्था की जाए।
- केन्द्राधीक्षक उनके केन्द्र पर बैठने वाले ऐसे परीक्षार्थियों के लिये निम्नांकित योग्यताओं को ध्यान में रखते हुए नियुक्ति किये जाने वाले श्रुतलेखकों की सूची जिसमें परीक्षा का नाम, रोल नम्बर (यदि प्राप्त हो गया हो तो), परीक्षा स्तर-ST-I (Level-I), ST-II (Level-II) दिनांक, श्रुतलेखक का नाम, पिता का नाम, जन्म दिनांक, योग्यता व निवास का पूर्ण विवरण का उल्लेख हो, परीक्षा से पूर्व तैयार कर लें और उसकी एक प्रति प्रमाणित कर कार्यालय, समन्वयक, रीट-2017 अजमेर के नाम रजिस्टर्ड डाक/स्पीड-पोस्ट से सूचनार्थ अवश्य भेजें।

परीक्षा का स्तर

(अ) ST-I (Level-I)

(ब) ST-II (Level-II)

श्रुतलेखक की अधिकतम योग्यता

कक्षा - IX पास

कक्षा - IX पास

- परीक्षा के लिये निर्धारित न्यूनतम योग्यता को ध्यान में रखते हुए केन्द्राधीक्षक द्वारा नियुक्त श्रुतलेखक के संबंध में यह सुनिश्चित कर लें कि श्रुतलेखक की योग्यता निर्धारित उक्त योग्यता से अधिक नहीं हैं। परीक्षार्थी के लिये श्रुतलेखक की व्यवस्था केन्द्राधीक्षक द्वारा की जावेगी।
- परीक्षार्थी द्वारा श्रुतलेखक को पारिश्रमिक का भुगतान प्रति सत्र 50/- रुपये की दर से देय होगा।

5. केन्द्राधीक्षक द्वारा ऐसे परीक्षार्थियों के लिए पृथक वीक्षक के वीक्षण में अलग कमरे में बैठाने की व्यवस्था की जाए। वीक्षक को यह भी देखते रहना चाहिए कि श्रुतलेखक वही लिखता है जो कि परीक्षार्थी बोलता है तथा यह भी सुनिश्चित करें कि उसका आचरण किसी भी रूप में संदेहास्पद नहीं हो। श्रुतलेखक द्वारा किसी भी प्रकार की अनुचित कार्यवाही करते हुए पकड़े जाने पर अभ्यर्थी स्वयं जिम्मेदार होगा, तथा उसकी अभ्यर्थिता रद्द की जा सकती है, यह अभ्यर्थी को स्पष्ट कर दिया जाए।
6. श्रुतलेखक के माध्यम से परीक्षा देने की स्थिति में परीक्षा अवधि में 50 मिनट का समय अतिरिक्त देय होगा।

नोट : (1) प्रमाण-पत्र मुख्य चिकित्सक एवं स्वास्थ्य अधिकारी, पी.एम.ओ., मेडिकल कॉलेज के अस्पताल के अधीक्षक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित होना आवश्यक है। श्रुतलेखक के लिए प्रमाण पत्र पर स्पष्ट उल्लेख होना चाहिए कि परीक्षार्थी स्वयं लिखने में असमर्थ है।

(2) उपरोक्त स्थायी रूप से विकलांग परीक्षार्थी, जिनके पास मेडिकल बोर्ड का स्थायी विकलांगता प्रमाण-पत्र, जिनसे रीट की शर्तें पूर्ण होती हो, को सक्षम अधिकारी से प्रति हस्ताक्षरित कराने से छूट प्रदान की जा सकती है।

(3) प्रमाण-पत्र पर रोगी का फोटो होना आवश्यक है।

प्रमाण-पत्र का प्रारूप परिशिष्ट-ब पर मुद्रित है। उक्त प्रारूप में सक्षम अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करने पर ही उपरोक्त सुविधा दी जा सकेगी। अतः कृपया सभी संबंधित परीक्षार्थियों को उपरोक्तानुसार सूचना देने का कष्ट करें ताकि समय पर प्रमाण-पत्र प्राप्त कर सकें। चिकित्सालय की मात्र इलाज की पर्ची अथवा रूग्णता प्रमाण-पत्र के आधार पर श्रुतलेखक नहीं दिया जाए।

उपरोक्तानुसार न्यूनतम विकलांगता का प्रमाण-पत्र सक्षम अधिकारी से प्राप्त किये बिना इस सुविधा का लाभ नहीं दिया जाएगा। समस्त केन्द्राधीक्षक कृपया उपरोक्तानुसार कार्यवाही कराएँ।

श्रुतलेखक सुविधा के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र का प्रारूप

परिशिष्ट-ब

GOVERNMENT OF RAJASTHAN
MEDICAL & HEALTH DEPARTMENT
MEDICAL BOARD'S CERTIFICATE ON PERMANENT DISABILITY

(Specified in Section 2 (b) (e)(I)(n)(o)(q)(r)(t) and (u) of the persons with disabilities Act. 1995, CH. II of the persons with disabilities Rules 1996, Notification of the Govt. of India in the Ministry of Welfare No.-4-2/83-HW III date 6th August, 1986 and circular No. P-16/5/MH/2/98 dated 30/6/2000 Medical & Department Government of Rajasthan.

Certificate No. / Date

Name of Hospital

DEPARTMENT OF OTCORUINO LARYNGOLOGY

.....
.....

particulars are furnished below. "Person with Disability" ORTHOPATEDICALLY/ VISUALLY/ HEARING IMPAIRMENT/MENTALLY/LEPROSY CURED PERSON

PARTICULARS OF THE DISABLED PERSON

NAME
FATHER'S/HUSBAND'S NAME
GENDER AGE
ADDRESS

IDENTIFICATION MARK
HISTORY OF ILLNESS/TRAUMA WITH DURATION

AGGREGATE PERCENTAGE OF THE PERMANENT DISABILITY

(I) HE/SHE HAS 40% OR ABOVE DISABILITY IN DOMINANT HAND

(II) HE/SHE IS UNABLE TO WRITE HIMSELF
(In case of Polio/Paralysis/by birth disability and cerebral palsy above 75%)

Signature
Thumb Impression
of the Disabled Person

Place :
Date

Issued by : Signature
Name :
Seal

Counter signed by:
Signature
Name :
Seal

Note :- 1. In case of Polio/Paralysis/by Birth disability please mention clearly that He/She has 40% or above disability in dominant hand or unable to write himself