





**Form 1**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... सुपुत्र/सुपुत्री श्री..... निवासी..... ग्राम..... तहसील..... नगर..... जिला..... उत्तर प्रदेश राज्य की..... जाति के व्यक्ति हैं जिसे संविधान (अनुसूचित जाति) आदेश, 1950 (जैसा कि समय-समय पर संशोधित हुआ) / संविधान (अनुसूचित जनजाति, उत्तर प्रदेश) आदेश, 1967 के अनुसार अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति के रूप में मान्यता दी गई है। श्री/श्रीमती/कुमारी..... तथा/अथवा उनका परिवार उत्तर प्रदेश के ग्राम..... तहसील..... नगर..... जिला..... में सामान्यतया रहता है।

स्थान..... हस्ताक्षर..... दिनांक..... पूरा नाम..... मुहर..... पद नाम.....

जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार/अन्य वेतन भोगी मजिस्ट्रेट, यदि कोई हो/जिला समाज कल्याण अधिकारी।

**Form 2**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... सुपुत्र/सुपुत्री श्री..... निवासी..... तहसील..... नगर..... जिला..... उत्तर प्रदेश राज्य की..... पिछड़ी जाति के व्यक्ति हैं। यह जाति उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-एक के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... पूर्वोक्त अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-दो जैसा कि उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2001 द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है एवं जो उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2002 द्वारा संशोधित की गयी है, से आच्छादित नहीं है। इनके माता-पिता की निरंतर तीन वर्ष की अवधि के लिये सकल वार्षिक आय पाँच लाख रुपये या इससे अधिक नहीं है तथा इनके पास धनकर अधिनियम, 1957 में यथा विहित छूट सीमा से अधिक सम्पत्ति भी नहीं है। श्री/श्रीमती/कुमारी..... तथा/अथवा उनका परिवार उत्तर प्रदेश के ग्राम..... तहसील..... नगर..... जिला..... में सामान्यतया रहता है।

स्थान..... हस्ताक्षर..... दिनांक..... पूरा नाम..... मुहर..... पद नाम.....

जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार।

**परिशिष्ट**

**उ0प्र0 की अनुसूचित जाति तथा अनुसूचित जनजाति के लिये जाति प्रमाण-पत्र (प्रारूप-II)**

**उत्तर प्रदेश के अन्य पिछड़े वर्ग के लिए जाति प्रमाण-पत्र (प्रारूप-I)**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... सुपुत्र/सुपुत्री श्री..... निवासी..... तहसील..... नगर..... जिला..... उत्तर प्रदेश राज्य की..... पिछड़ी जाति के व्यक्ति हैं। यह जाति उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-एक के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... पूर्वोक्त अधिनियम, 1994 (यथासंशोधित) की अनुसूची-दो जैसा कि उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2001 द्वारा प्रतिस्थापित किया गया है एवं जो उ0प्र0 लोक सेवा (अनुसूचित जातियों, अनुसूचित जनजातियों और अन्य पिछड़े वर्गों के लिये आरक्षण) (संशोधन) अधिनियम, 2002 द्वारा संशोधित की गयी है, से आच्छादित नहीं है। इनके माता-पिता की निरंतर तीन वर्ष की अवधि के लिये सकल वार्षिक आय पाँच लाख रुपये या इससे अधिक नहीं है तथा इनके पास धनकर अधिनियम, 1957 में यथा विहित छूट सीमा से अधिक सम्पत्ति भी नहीं है। श्री/श्रीमती/कुमारी..... तथा/अथवा उनका परिवार उत्तर प्रदेश के ग्राम..... तहसील..... नगर..... जिला..... में सामान्यतया रहता है।

स्थान..... हस्ताक्षर..... दिनांक..... पूरा नाम..... मुहर..... पद नाम.....

जिलाधिकारी/अतिरिक्त जिलाधिकारी/सिटी मजिस्ट्रेट/परगना मजिस्ट्रेट/तहसीलदार।

**Appendix-7 The Procedure relating to upload Photo & Signature**

**Guide Lines for Scanning Photograph with Signature**

- Paste the Photo on any white paper as per the above required dimensions. Sign in the Signature Space provided. Ensure that the signature is within the box.
- Scan the above required size containing photograph and signature. Please do not scan the complete page.
- The entire image (of size 3.5 cm by 6.0 cm) consisting of the photo along with the signature is required to be scanned, and stored in \*.jpg, .jpeg, .gif, .tif, .png format on local machine.
- Ensure that the size of the scanned image is not more than 50 KB.
- If the size of the file is more than 50 KB, then adjust the settings of the scanner such as the DPI resolution, no. colours etc., during the process of scanning.
- The applicant has to sign in full in the box provided. Since the signature is proof of identity, it must be genuine .and in full; initials are not sufficient. Signature in CAPITAL LETTERS is not permitted.
- The signature must be signed only by the applicant and not by any other person.
- The signature will be used to put on the Hall Ticket and wherever necessary. If the Applicant's signature on answer script, at the time of the examination, does not match the signature on the Hall Ticket, the applicant will be disqualified.

**Sample Image & Signature :-**  
width= 3.5 cm  
Height= 4.5 cm

Photo  
Signature

**NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL**

Certificate No. .... ANNEXURE Date .....

**DISABILITY CERTIFICATE**

Recent photograph of the candidate showing the disability duly attested by the Chairperson of the Medical Board

This is to certified that Shri/Smt/Kum..... son/wife/daughter of Shri ..... age ..... Sex ..... identification mark (c) ..... is suffering from permanent disability of following category.

A. Locomotor or cerebral palsy:

- BL-Both legs affected but not arms.
- BA-Both arms affected
  - Impaired reach
  - Weakness or grip
- BLA-Both legs and both arms affected
- OL-One leg affected (right or left)
  - Impaired reach
  - Weakness of grip
  - Ataxic
- OA-One arm affected
  - Impaired reach
  - Weakness of grip
  - Ataxic
- BH-Stiff back and hips (Cannot sit or stood)
- MW- Muscular weakness and limited physical endurance

B. Blindness or Low Vision:

- B-Blind
- PB-Partially Blind

C. Hearing impairment:

- D-Deaf
- PD-Partially Deaf

(Delete the category whichever is not applicable)

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

3. Percentage of disability in his/her case is ..... percent.

4. Sh./Smt/Kum ..... meets the following physical requirements for discharge of his/her duties:

(i) F-can perform work by manipulating with fingers	Yes/No
(ii) PP-can perform work by pulling & pushing	Yes/No
(iii) L-can perform work by lifting	Yes/No
(iv) KC-can perform work by kneeling and crouching	Yes/No
(v) B-can perform work by bending	Yes/No
(vi) S-can perform work by sitting	Yes/No
(vii) ST-can perform work by standing	Yes/No
(viii)W-can perform work by walking	Yes/No
(ix) SE-can perform work by seeing	Yes/No
(x) H-can perform work by hearing/speaking	Yes/No
(xi) RW-can perform work by reading and writing	Yes/No

(Dr. ....) (Dr. ....) (Dr. ....)  
Member Member Chairperson  
Medical Board Medical Board Medical Board

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

\* Strike out which is not applicable

**Secretary**