



Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya College of Education

(An Autonomous College affiliated to the Tamil Nadu Teachers Education University and
Re-accredited with A++ Grade by NAAC with CGPA 3.82)

Sri Ramakrishna Vidyalaya Post, Periyanaickenpalayam, Coimbatore - 641 020.
Phone: 80125 33915 | E-mail: srkvcoe@yahoo.co.in | Website: www.srvcoe.org

NAAC
3rd Cycle

Criterion II
Metric 2.1.3

CRITERION II

TEACHING, LEARNING AND EVALUATION

2.1 Student Enrollment and Profile

2.1.3 Percentage of students enrolled from EWS and Divyangjan categories during last five years

Certificate of EWS and Divyangjan

	<p>Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya College of Education (An Autonomous College affiliated to the Tamil Nadu Teachers Education University and Re-accredited with A++ Grade by NAAC with CGPA 3.82) Sri Ramakrishna Vidyalaya Post, Periyanaickenpalayam, Coimbatore - 641 020. Phone: 80125 33915 E-mail: srkvcoen@yahoo.co.in Website: www.srkvcoe.org</p>	<p>NAAC 3rd Cycle</p> <p>Criterion II Metric 2.1.3</p>
--	--	---

Certificate of EWS and Divyangjan

Details of Certificates

S.No.	Name of the Student	Name of the Certificate
1	Selvakumar S	1. Person with Disability Registration Certificate
		2. Unique Disability Identity Card
		3. Pass Book with Disability Certificate
2	Gokul M	1. Disability Certificate
		2. Pass Book
3	Arunkumar P	National Identity Card and Pass Book with Disability Certificate
4	Ponraj S	Pass Book with Disability Certificate
5	Santhosh A	Disability Certificate
6	Vimal R	Unique Disability Identity Card

Certificates of Visually Challenged Students

1. Sri S. Selvakumar



Department of Empowerment of Persons with Disabilities,
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India
Acknowledgement / Resident Copy

Person with Disability Registration

Enrolment No: 3311/00000/1707/0263380

Enrolment Date: 14/07/2017

PERSONAL DETAILS

Name of Applicant	Selvakumar	आवेदक का नाम	सेल्वाकुमार
Applicant Father's Name	Supramani	आवेदक के पिता का नाम	SUPRAMANI
Applicant Mother's Name	Magudeeshwari	आवेदक के माता का नाम	—
Date of Birth	12/11/1999	Age	17 Year(s)
Gender	Male	E-Mail Id	—
Mark of Identification	Mole On Left Side	Category	Obc
Mobile Number	8760383230	Blood Group	—
Marital Status	Unmarried		
Relation with PwD (Person with Disability)	Self		
Name of Guardian / Caretaker / Attendant / Related	—	Contact No. of Guardian / Caretaker / Attendant / Related	—



Address of Correspondence

Address	Door No 7/90, Saravanapatti, Thoppampatti, Thoppampatti, Palani, Dindigul, Tamil Nadu - 624617
पता	दर नो ७/९०, सरवनपट्टी, THOPPAMPATTI, Thoppampatti, Palani, Dindigul, Tamil Nadu - 624617
Nature of Document for Address Proof	Aadhaar Card

Permanent Address

Address	Door No 7/90, Saravanapatti, Thoppampatti, Thoppampatti, Palani, Dindigul, Tamil Nadu - 624617
पता	दर नो ७/९०, सरवनपट्टी, THOPPAMPATTI, Thoppampatti, Palani, Dindigul, Tamil Nadu - 624617

Educational Details

Higher Secondary

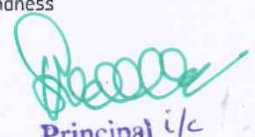
DISABILITY DETAILS

Do you have disability
certificate? Yes

Disability Type

Blindness




Principal
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

Disability certificate uploaded?	Yes	Sr. No. / Registration No. of Certificate	23969
Date of Issuance of Certificate	30/10/2012	Details of Issuing Authority	Medical Authority
Disability Percentage	100%		
Disability Area	Left Eye, Right Eye	Disability Since	1999
Pension Card Number	-----		
Hospital Treating Disability	-----	Disability Due To	-----

EMPLOYMENT DETAILS

Employed or Unemployed	Unemployed		
Unemployed Since	01/07/2017		
BPL / APL	NA		
Personal Income (Annual)	-----	Father Income (Annual)	From 10000 To 100000

IDENTITY DETAILS

Identity Proof	Aadhaar Card	TIN (NPR)	-----
Aadhaar No.	870833334377		

This is computer generated receipt and does not require any signature.




Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-541 020.

 **UNIQUE DISABILITY ID**
Government of India

नाम / Name
सेल्वकुमार
Selvakumar

UD ID
TN1140219990142437

Disability Type
Blindness

Year of Birth 1999 Percentage of Disability 100% (One Hundred Percent)

Date of Issue 10/09/2020 Valid upto Permanent

Issuing Authority Sign
036/ B/ 0012948



UNIQUE DISABILITY ID
Government of India

State ID: NA


Aadhaar No: *****4377

Address of Card issuing Authority
District Differently Abled Welfare Office -

036/ B/ 0012948






Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.



தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU

உதவிகள் பகிர்வுப் புத்தகம்

PASS BOOK

வழங்கும் அதிகாரம் :

தமிழ்நாடு அரசு

Issuing Authority :

GOVERNMENT OF TAMIL NADU



Officer

மாநிலக்குறியீடு State Code	மாவட்டத்தின் பெயர் Name of the District	பாதிப்பின் குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN	DGL	NE	

குறிப்பு :

இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு, மாநில அரசு, அரசு சார்பற்ற மற்றும் உள்நாட்டி நிர்வாகங்களால் வழங்கப்படும் உதவிகள் / சலுகைகள் அவ்வப்போது பெறப்படும் சட்டம் / விதி / அறிவுரைகளுக்குட்பட்டு பெறத் தகுதியுடையவராவார்.

தவறான வழியிலே / மோசடியாகமோ மாற்றத்திற்கானவராக சலுகைகளைப் பெறாதல் / பெற முயற்சித்தல் தண்டனைக்குரியது ஆகும். மீறினால் இரண்டாண்டு சிறைத் தண்டனை அல்லது ரூபாய் இருபதாயிரம் அபராதம் அல்லது இரண்டும் சேர்த்தோ தண்டனையாக வழங்கப்படும்.

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 Act/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.

- 1 -

வழங்கப்பட்ட தேதி

Date of issue :

செல்லத்தக்க காலம்

Valid up to :

(18 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு மட்டும்)
(Only for children below 18 Years of age)

- பெயர்
Name **சீமன்**
- தந்தை/தாய்/பாதுகாவலர் பெயர்
Father/Mother/Guardian Name **சீமன்**
- பிறந்த தேதி மற்றும் வயது
Date of Birth & Age **12**
- பாலினம்
Sex **ஆண்** Male **பெண்** Female
- வகுப்பு
Community **தா.வ./ப.கு./பி.வ./மி.பி.வ மற்றும் சீ.ம./ம.வ**
SC/ST/BC/MBC and D.C/Others
- உட்பிரிவு
Sub-Caste **சீமன்**
- முகவரி (தொலைபேசி எண்ணுடன்)
Address (with Telephone No.) **சீமன்**
89A027A557
- இரத்தத்தின் பிரிவு
Blood Group **சீமன்**
- கல்வித் தகுதி/தொழிற்கல்வி/தொழிற்முறை
Educational Qualification/Vocational/Professional
- குடும்ப வருமானம் (ஆண்டு)
Family Income (P.A)
- தொழில்
Occupation



11. வேலைவாய்ப்பு அலுவலகத்தில்

பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா?

Whether Registered in Employment Office?

ஆம் இல்லை
Yes No

12. மாவட்ட வேலைவாய்ப்பு

அலுவலகம்

District Employment of office

வாழ்க்கைத் தொழில்
மறுவாழ்வு மையம்
Vocational Rehabilitation
Centre (VRC)

பதிவு எண்
Reg. No.

நாள்
Date

13. அங்க அடையாளங்கள்

(Identification Marks)

14. பாதிப்பின் தன்மை

(Nature of Disability)

15. பாதிப்பின் அளவு / சதவிகிதம்

(Degree / Percentage of Disability)

16. மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்

Medical Certificate issued by

(அ) மருத்துவக்குழு

(a) Medical Board

(ஆ) வழங்கிய நாள்

(b) Date of issue

அட்டை வைத்திருப்பவரின்
கையொப்பம் /
இடதுகைப் பெருவிரல் ரேகை
Signature / Thumb Impression
of card holder

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள்
நல அலுவலர்,
கையொப்பம் முத்திரையுடன்
Signature of District Differently
Abled Officer

Dindigul,

Principal

Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 026.

1. ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை / நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
சான்றிதழ் எண்
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
Certificate No. Date
மாற்றுத்திறனாளிக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the persons with Disabilities

திரு/திருமதி/செல்வி
த.பெ/க.பெ
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர்
பார்வையற்றவர்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும் திறன்/செவித்திறன்
குறையுடையவர் சதவிகிதம் % ஊனமுடையவர்
This is to certify that Shri/Smt. Selvi
Son/wife/daughter of Subramaniam
Shri.
Age 12 old male/female. Registration No. 123456789 is a
case of permanent/visually disabled
He/She is physically disabled/visually disabled/speech & hearing
disabled and has 100% (100 percent)
Permanent (Physical impairment/visual impairment/Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her.
குறிப்பு
Note

1. பாதிப்பின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக்கூடியது / முன்னேற்றம்
அடையமுடியாதது / குணமடையக்கூடியது / குணமடைய
முடியாதது.
This condition is progressive/ non progressive / likely to improve
/ not likely to improve.
2. மாதங்கள் / ஆண்டுகளுக்குப்பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re- assessment is not recommended / is recomm. ed after a
period of 12 months/years.
3. பொருத்தமில்லாதவற்றை அடிக்கவும்.
* strikeout which is not applicable.



30/12

கையொப்பம்
(மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
Seal

கையொப்பம்
(மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
Seal

கையொப்பம்
(மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்)
(DOCTOR)
Seal

மாற்றுத்திறனாளியின் கையொப்பம் / விரல் ரேகை
Signature / Thumb impression of the Differently Abled



பேர் :
இடம் :
Place:

அரசு மருத்துவர் கையொப்பம்/
மருத்துவமனையின் பெயர்
(முத்திரையுடன்)
Signature of the Government
Doctor / Name of the
Hospital with Seal

Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

2. Sri M. Gokul

Form.II DISABILITY CERTIFICATE

(In case of amputation of complete permanent
Paralysis of limbs and in cases of visual impairment)
(See Rule.4)

(NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE
CERTIFICATE)

Certificate No. 4323/MB/2019

Date: 15/5/19

This is to certify that I have carefully

Shri/Smt/Kum. GOKUL Son/ Wife/ Daughter of

Shri S/o MUNIAPPAN Date of Birth 07/10/1998 DD / MM / YY

Age 20 Years, Male ☒ Female ☐

Registration No. TN/DGL/VJ/15227 Permanent resident of House

NO 259 Ward/Village MGR Nagar Street Sivagiri Pathi Post

Taluk Balani District Dindigul State Tamilnadu

Whose photograph is affixed above and am satisfied that:

(A) He/She is case of

- ☒ Locomotor disability
- ☐ Visual Impairment

(Please tick as applicable)

Both eyes Macular dystrophy
40% Disability

(B) The diagnosis in his/her case is Macular dystrophy (BE)

1) He/She has 40 % (in figure) FORTY percent (in words)

2) permanent physical impairment/blindness in relation to his/her Blindness
(part of body) as per guidelines (to be specified)

3) The applicant has submitted the following document as proof of residence

Nature of Document	Date of issue/Document No	Details of authority issuing Certificate
Aadhaar Identify Card	6969 5069 1153	Govt. of India



CHAIRMAN..... [Signature]

MEMBER I..... [Signature]

MEMBER II..... [Signature] 15/5/19

MEDICAL BOARD,
DINDIGUL DISTRICT
DINDIGUL:



[Signature]
Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

மாற்றுத் திறனாளிகளின் நல அமைச்சு உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத் திறனாளிகள் தலைவாரியம்
தீர்மானம் எண்: 1182 நாள்: 8/3/19

மாற்றுத் திறனாளிகள் தலைவாரியம்
தீர்மானம்

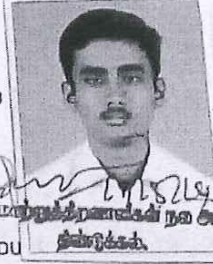
DUPLICATE

தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்

PASS BOOK

வழங்கும் அதிகாரம்

தமிழ்நாடு அரசு
Issuing Authority
GOVERNMENT OF TAMIL NADU



மாநில குறியீடு State Code	மாவட்டத்தின் பெயர் Name of the District	மாற்றுத்திறன் குறியீடு Differently Abled Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN	DRIDIGUL	VI	15227

குறிப்பு:

இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவன் மத்திய, மாநில அல்லது மாற்று உள்நாட்டுத் தலைவாரியம் வழங்கும் உதவிகள் / சலுகைகள் அங்கீகரிக்கப்படுவதில்லை. / இந்த அட்டைக்குரியவருக்கு பொதுத் தகுதியைப் பெறவா.

தலநாள் வழியிலே / மோடியா கயோ மாற்றுத்திறனாளிகளின் சலுகைகளைப் பெறும் / பொதுத்தகுதித் தலைவாரியத்துக்குப் புகார் இல்லாமல் இருப்பதற்கு சிறைத் தண்டனை அல்லது ரூபாய் இருபதாயிரம் அல்லது அல்லது இரண்டும் சேர்த்தே தண்டிக்கப்படும்.

Instruction:

The holder of the Identity Card for person with Differently abled is eligible to claim concessions / benefits provided by Central Government, state Government, statutory Bodies and other Local authorities in accordance with the Act/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.

- 1 -

வழங்கப்பட்டதேதி 14.5.19
Date of Issue
செல்லத்தக்க காலம்
Valid upto:

- பெயர்
Name கோடல்
- தந்தை/தாய்/பாதுகாவலர் பெயர்
Father/Mother/Guardian Name முனியப்பன்
- பிறந்த தேதி மற்றும் வயது
Date of Birth & Age
- பாலினம்
Sex ஆண் Male பெண் Female
- வகுப்பு
Community தா.வ./பகு.பி.வ./பி.பி.வ மற்றும் ச.ம./ம.வ
Sub-Caste SC/ST/BC/MBC and DC/Others
- முகவரி (தொலைபேசி எண்ணுடன்)
Address (with Telephone No.) 259 A, MGR நகர்
9443677803 திருநெல்வேலி
புதுச்சேரி - 605 001
- இரத்தத்தின் பிரிவு
Blood Group
- கல்வி/தொழிற்கல்வி/தொழிற்குறை
Educational Qualification/Vocational/Professional
- குடும்ப வருமானம் (ஆண்டு)
Family Income (P.A)
- தொழில்
Occupation

- 2 -

- வேலைவாய்ப்பு அலுவலகத்தில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா?
Registration in Employment
- மாவட்ட வேலைவாய்ப்பு அலுவலகம்
District Employment office

ஆம் இல்லை
Yes No

வாழ்க்கைத் தொழில் மறுவாழ்வு மையம்
Vocational Rehabilitation Centre (VRC)

பதிவு எண்
Reg. No.
நாள்
Date

- அங்க அடையாளங்கள்
(Identification Marks)
- ஊனத்தின் தன்மை
(Nature of Disability)

- ஊனத்தின் அளவு / சதவிகிதம்
(Degree / Percentage of Disability)
- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவ அதிகாரி
Medical Authority
- மருத்துவக்குழு
Medical Board
- வழங்கிய நாள்
Date of issue

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியது / வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- 3 -



Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

3. Sri P. Arunkumar

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை/குன்றியோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
மருத்துவ மனை / சான்றிதழ் அளவு நாள்
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
Certificate No. _____ Date _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities
பெயர்/குறியிடப்பட்ட பெயர்
த.பெ.ந.பெ. வயது
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர்
பார்வை/சுரத்தின்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்/செவித்திறன்/செவித்திறன்
மருத்துவ மனை சதவிகிதம் (%) ஊனமுற்றவர்

This is to certify that Shri/Smt/Selvi _____
son/wife/daughter of
Shri _____
Age _____ old male/female Registration No. _____ is
a case of _____
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has _____ % (____ Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அல்லது கடினமாக / முன்னேற்றம்
அல்லது முடியாத / குறைமடைந்திருக்கிறது / குறைமடைய முடியாது.
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/
not likely to improve
2. மருத்துவச் சான்றிதழ் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years
* மருத்துவமனை/குன்றியோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்.
* Strokeout which is not applicable.

6

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவ மனை / சான்றிதழ் அளவு நாள்
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
Certificate No. _____ Date _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities
பெயர்/குறியிடப்பட்ட பெயர்
த.பெ.ந.பெ. வயது
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர்
பார்வை/சுரத்தின்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்/செவித்திறன்/செவித்திறன்
மருத்துவ மனை சதவிகிதம் (%) ஊனமுற்றவர்

This is to certify that Shri/Smt/Selvi _____
son/wife/daughter of
Shri _____
Age _____ old male/female Registration No. _____ is
a case of _____
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has _____ % (____ Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அல்லது கடினமாக / முன்னேற்றம்
அல்லது முடியாத / குறைமடைந்திருக்கிறது / குறைமடைய முடியாது.
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/
not likely to improve
2. மருத்துவச் சான்றிதழ் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years
* மருத்துவமனை/குன்றியோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்.
* Strokeout which is not applicable.

7

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவ மனை / சான்றிதழ் அளவு நாள்
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
Certificate No. _____ Date _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities
பெயர்/குறியிடப்பட்ட பெயர்
த.பெ.ந.பெ. வயது
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர்
பார்வை/சுரத்தின்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்/செவித்திறன்/செவித்திறன்
மருத்துவ மனை சதவிகிதம் (%) ஊனமுற்றவர்

This is to certify that Shri/Smt/Selvi _____
son/wife/daughter of
Shri _____
Age _____ old male/female Registration No. _____ is
a case of _____
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has _____ % (____ Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அல்லது கடினமாக / முன்னேற்றம்
அல்லது முடியாத / குறைமடைந்திருக்கிறது / குறைமடைய முடியாது.
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/
not likely to improve
2. மருத்துவச் சான்றிதழ் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years
* மருத்துவமனை/குன்றியோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்.
* Strokeout which is not applicable.

8

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவ மனை / சான்றிதழ் அளவு நாள்
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate
Certificate No. _____ Date _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities
பெயர்/குறியிடப்பட்ட பெயர்
த.பெ.ந.பெ. வயது
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவர்
பார்வை/சுரத்தின்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்/செவித்திறன்/செவித்திறன்
மருத்துவ மனை சதவிகிதம் (%) ஊனமுற்றவர்

This is to certify that Shri/Smt/Selvi _____
son/wife/daughter of
Shri _____
Age _____ old male/female Registration No. _____ is
a case of _____
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has _____ % (____ Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அல்லது கடினமாக / முன்னேற்றம்
அல்லது முடியாத / குறைமடைந்திருக்கிறது / குறைமடைய முடியாது.
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/
not likely to improve
2. மருத்துவச் சான்றிதழ் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years
* மருத்துவமனை/குன்றியோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்.
* Strokeout which is not applicable.

9



Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.



4. Sri S. Ponraj

13/26 நாள்: 29-11-16
மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரிய உறுப்பினர்
தமிழ்நாடு மாற்றுத்திறனாளிகள் நல வாரியம்
திருப்பூர் அலுவலகம்.

மாவுட்ட மாற்று அலுவலர்கள்
மாவுட்ட
திருப்பூர் 641804.

29/11/16



தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்

PASS BOOK

வழங்கும் அதிகாரம் :

தமிழ்நாடு அரசு

Issuing Authority
GOVERNMENT OF TAMIL NADU



மாநில குறியீடு State Code	மாவுட்டத்தின் பெயர் Name of the District	செய்தியின் குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN	TPR	VI	184440

குறிப்பு :

இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு, மாநில அரசு, அரசு சார்பற்ற மற்றும் உள்ளாட்சி திட்டவாகங்களில் வழங்கப்படும் உதவிகள் / சலுகைகள் அவ்வப்போது வெளியிடப்படும் சட்டம் / விதி / அறிவுறுத்தல்களுக்குட்பட்டு பெறத் தகுதியுடையவராவர்.

தவறான வழியிலோ மோசடியாகவோ மாற்றுத்திறனாளிகளின் சலுகைகளைப் பெறதல் / பெற முயற்சித்தல் தண்டனைக்குரியது ஆகும். மீதினால் இரண்டாய்ந்து சிறைத் தண்டனை அல்லது ரூபாய் இருபதாயிரம் அபராதம் அல்லது இரண்டும் சேர்த்தோ தண்டனையாக வழங்கப்படும்.

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 Act, 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.

வழங்கப்பட்ட தேதி
Date of Issue :

29-11-16

- பெயர்
Name **செ. பஞ்சவர்ணம்**
- தந்தை/தாய்/பாதுகாவலர் பெயர்
Father/Mother/Guardian Name **செ. பஞ்சவர்ணம்**
- பிறந்த தேதி மற்றும் வயது
Date of Birth & Age **14/10/1977**
- பாலினம்
Sex: ☒ ஆண் Male ☐ பெண் Female
- வகுப்பு
Community SC/ST/BC/MBC and D.C/Others
Sub-Caste **செ. பஞ்சவர்ணம்**
- முகவரி (தொலைபேசி எண்ணுடன்)
Address (with Telephone No.) **மா. 4/83**
பஞ்சவர்ணம் (செ. பஞ்சவர்ணம்)
- இரத்தத்தின் பிரிவு
Blood Group **B+ve**
- கல்வித் தகுதி/தொழிற்கல்வி/தொழிற்குறை தகுதி
Educational / Vocational / Professional Qualification **மா. 4/83**
- குடும்ப வருமானம் (ஆண்டு)
Family Income (PA)
- தொழில்
Occupation

- வேலைவாய்ப்பு அலுவலகத்தில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா ?
Registration in Employment

ஆம் இல்லை
Yes No

- மாவட்ட வேலைவாய்ப்பு அலுவலகம்
District Employment of office

வாழ்க்கைத் தொழில் மறுவாழ்வு மையம்
Vocational Rehabilitation Centre (VRC)

பதிவு எண்
Reg. No.

நாள்
Date

- அங்க அடையாளங்கள்
(Identification Marks)

- மாற்றுத்திறன் தன்மை
(Nature of Differently Abled)

- மாற்றுத்திறன் அளவு / சதவிகிதம்
(Degree / Percentage of Disability)

100%

- மருத்துவச் சான்று வழங்கியவர்
Medical Certificate issued by

- மருத்துவக்குழு
(a) Medical Board
- வழங்கிய நாள்
(b) Date of issue

கையொப்பம் /
Signature / Thumb Impression
of card holder

கையொப்பம் /
Signature of District Differently
Abled Welfare Officer with Seal



Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

5. Sri A. Santhosh

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

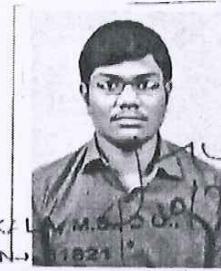
Dr. JEEVAKALA, M.S., D.O.,

Reg. No. 61821

ASSISTANT PROFESSOR OF OPHTHALMOLOGY
COIMBATORE MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

Dr. JEEVAKALA, M.S., D.O.,

Reg. No. 61821



CERTIFICATE No:

This is to certify that I have carefully examined

Son/Wife/Daughter of

A. SANTHOSH

S/o M. ASHOK KUMAR

Date of Birth 28 09 1994 Age 22 years, Male/Female MALE

Registration No. 43533/13751 Permanent resident of House No. 1/3A A

Ward/Village/Street SOINORADO THEATRE BACKSIDE SIRUVANI MATR ROAD

Post office PERUR District COIMBATORE State TAMIL NADU

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

Disability.	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment / Mental Disability (in %)
VISUAL IMPAIRMENT	BOTH EYES	RETINITIS PIGMENTOSA TUBERCULAR VISION	75 / 0 SEVENTY FIVE

2. The above condition is:

☒ Progressive ☐ non-Progressive ☐ likely to improve ☒ non-likely to improve

3. Reassessment of disability is :

(i) Not necessary, (or)

(ii) Is recommended / after 1 years 0 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
RADHAR CARD		MOTHER OF CANDIDATE

A. A. Santhosh

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

(Authorized Signatory of notified Medical Authority)
(Name and Seal)

Dr. JEEVAKALA, M.S., D.O.,

Reg. No. 61821



ASSISTANT PROFESSOR OF OPHTHALMOLOGY

COIMBATORE MEDICAL COLLEGE HOSPITAL



Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.

6. Sri R. Vimal

 **UNIQUE DISABILITY ID**
Government of India 

नाम / Name
ர விமல்
R Vimal


UD ID
TN3220219970049361

Disability Type
Blindness

Year of Birth 1997 Percentage of Disability 100% (One Hundred Percent)

Date of Issue 08/04/2020 Valid upto Permanent

Issuing Authority Sign
032/ B/ 0016233

UNIQUE DISABILITY ID
Government of India
State ID: NA

 Aadhaar No: NA



Address of Card issuing Authority
District Differently Abled Welfare Office -

032/ B/ 0016233




Principal i/c
Sri Ramakrishna Mission Vidyalaya
College of Education (Autonomous)
Coimbatore-641 020.