

जारी करने वाले डॉक्टर द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित और मुहर सहित पासपोर्ट आकार का मोहर फोटोग्राफ चिपकाए।

पूर्ण रूप से नेत्रहीन व्यक्तियों को रेल रियायत प्रदान करने के लिए रजिस्टर्ड मेडिकल प्रेक्टिशनर सरकारी/डाक्टर/कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार या संबंधित राज्य सरकार के समाज कल्याण विभाग के द्वारा मान्यता प्राप्त अंध संस्थाओं के प्रमुख द्वारा प्रयोग किया जाने वाला फार्म।

यह प्रमाणित किया जाता है कि कु./श्री/श्रीमती _____ जिनका ब्यौरा नीचे दिया गया है पूर्ण रूप से नेत्रहीन है।

पूर्ण रूप से नेत्रहीन व्यक्ति का ब्यौरा :-

- (क) पता _____
- (ख) पिता/पति का नाम _____
- (ग) आयु _____ (घ) पुरुष/स्त्री _____
- (ङ) नेत्र हीन व्यक्ति के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान _____

स्थान _____
दिनांक _____

रजिस्टर्ड मेडिकल प्रेक्टिशनर या सरकारी डाक्टर या कल्याण मंत्रालय भारत सरकार या संबंधित राज्य सरकार के समाज कल्याण विभाग द्वारा मान्यता प्राप्त अंध संस्थानों के प्रमुख के हस्ताक्षर

सरकारी अस्पताल/क्लीनिक अथवा संस्थान की स्पष्ट मोहर

मोहर जिस पर प्रमाण पत्र जारी करने वाले डाक्टर/व्यक्ति का पूरा नाम और रजिस्ट्रेशन नम्बर हो

- टिप्पणी : (1) यह प्रमाण-पत्र केवल पूर्ण रूप से नेत्रहीन व्यक्तियों को जारी किया जाएगा फोटो पर प्रमाण-पत्र जारी करने वाले डाक्टर/व्यक्ति द्वारा इस प्रकार हस्ताक्षर किए जाएँ और मुहर लगाई जाएँ कि हस्ताक्षर और मुहर का कुछ भाग फोटो पर और कुछ भाग प्रमाण-पत्र पर हो।
- (2) यह प्रमाण-पत्र जारी करने की तारीख से 5 वर्ष की अवधि के लिए वैध होगा। प्रमाण-पत्र की वैधता अवधि की समाप्ति के बाद, व्यक्ति को नया प्रमाण-पत्र प्राप्त करना होगा। इस प्रमाण-पत्र की फोटो स्टेट प्रतिलिपि रियायत प्रदान करने के लिए स्वीकार की जाएगी। मूल प्रमाण-पत्र को टिकट खरीदते समय और यात्रा के दौरान भागने पर निरीक्षण करने के लिए प्रस्तुत करना होगा।
- (3) फार्म में कोई परिवर्तन करने की अनुमति नहीं है।