

उपायुक्त कार्यालय : उत्तर जिला  
कृपा नारायण मार्ग, दिल्ली - 54  
OFFICE OF THE DEPUTY COMMISSIONER : NORTH DISTRICT  
I, KRIPA NARAIN MARG : DELHI-110054

शारीरिक अथवा मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति को स्थाई विकलांग पहचान पत्र जारी करने हेतु आवेदन पत्र। आवेदन पत्र जमा करते समय अभ्यर्थी की उपस्थिति अनिवार्य नहीं है।

Application for the issuance of permanent Identity Card to the Disabled person (Applicant's presence) is not necessary at the time of submission of application form.

चेतावनी : इस फार्म में गलत सूचना देना अपराध है।

Warning : It is an offence to give false information in this form.

कृपया अपना पासपोर्ट  
के आकार का 'फोटो'  
यहाँ लगायें  
Affix your Photo  
(Pass port Size)  
here

1. पूरा नाम(स्पष्ट अक्षरों में) / Full Name (in block letters) .....
2. पिता पति का नाम / Father's/Husband Name .....
3. जन्म तिथि/आयु / Date of Birth/Age .....
4. आवासीय पता / Residential Address .....
6. व्यवसाय / Occupation .....
6. कार्यालय का पता / Official Address .....
7. विकलांगता की डिग्री / Type of degree of disability .....
8. दिनांक / Date .....
- स्थान / place .....

संरक्षक के हस्ताक्षर  
(अगर अभ्यर्थी नाबालिग हो)  
Signature of guardian  
(In case applicant is minor)

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान  
(Signature/Thumb Impression of Applicant)

विकलांग व्यक्ति हेतु परिचय पत्र

**HANDICAPPED I CARD**

शारीरिक विकलांगता का परिचय पत्र उन व्यक्तियों को जोकि अस्थि विकलांग, दिमागी रूप से विकलांग अन्धे अथवा गूँगे या बहरें हों, को उनकी विकलांगता के दर्ज प्रतिशत के आधार पर जारी किए जाते हैं जो कि निम्न हैं :-

Physically handicapped identity card is issued to handicapped persons who are orthopaedically handicapped, mentally handicapped or are blind or deaf and dumb. Recorded minimum disability for issue of certificate is as follows :-

**Endorsement Regarding Assistance Provided**

Date	Assistance Provided	Assisting Agency



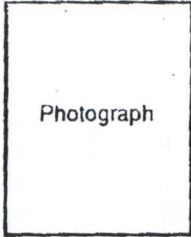
**IDENTITY CARD**



Identity Card for the Disabled

**ISSUED BY:  
OFFICE OF THE DEPUTY COMMISSIONER**

**DISTRICT : \_\_\_\_\_  
Govt. of National Capital Territory of Delhi**



Photograph

No.

Dated :

**Endorsement Regarding Assistance Provided**

Date	Assistance Provided	Assisting Agency

Name .....

S/o., W/o., D/o. ....

Date of Birth .....

Occupation .....

Residential Address .....

.....

Type & degree of disability .....

.....

Signature and seal of Authority

Signature or thumb  
Impression of holder