



# राष्ट्रीय दृष्टिबाधितार्थ संस्थान

क्रमांक.....  
S.L. No.....

## व्यवसायिक प्रशिक्षण विभाग

(सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार के अधीन)

११६, राजपुर मार्ग, देहरादून-२४८००१ (उत्तराखण्ड)

## NATIONAL INSTITUTE FOR THE VISUALLY HANDICAPPED

(Department of Vocational Training)

(Under Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)

116, RAJPUR ROAD, DEHRA DUN (UTTARAKHAND)

## प्रौढान्ध प्रशिक्षण केन्द्र में प्रवेशार्थ आवेदन-पत्र

### APPLICATION FORM FOR ADMISSION TO THE TRAINING CENTRE FOR THE ADULT BLIND

महत्वपूर्ण : इस आवेदन पत्र में यथार्थ को छुपाना अथवा गलत सूचना देना, प्रशिक्षार्थी को संस्थान से स्वतः ही निष्कासित कर देगा।  
IMPORTANT : Suppression of factual information or indication of false information on this form will lead to automatic discharge from the institute.

पासपोर्ट साइज  
फोटोग्राफ यहाँ  
चिपकाएँ  
Affix your  
Passport Size  
Photograph

१. प्रशिक्षार्थी का नाम  
Name of the Candidate:.....
२. पिता का नाम  
Father's Name: (In Block Letters).....
३. माता का नाम  
Mother's Name (In Block Letters).....
४. लिंग  
Sex:.....
५. जन्म-तिथि  
Date of Birth :.....
६. जिस राज्य में आवेदक रहता है, उसका नाम  
Name of the State in which  
the applicant resides.....
७. क्या आवेदक अनु०जा०/अनु०ज०जा०  
अथवा पिछड़े वर्ग से सम्बन्धित है ?  
Whether the applicant belongs  
to S.C./S.T. or other B.C. ?.....
८. एककी अथवा विवाहित  
Single or Married :.....
९. माता-पिता/अभिभावक का नाम  
Name of Parent/Guardian:.....
१०. माता-पिता/अभिभावक का व्यवसाय  
Occupation of Parent/Guardian:.....
११. माता-पिता/अभिभावक की मासिक आय  
Monthly Income of Parent/Guardian :.....
१२. माता-पिता/अभिभावक का स्थायी पता  
Permanent Address of Parent/  
Guardian  
Telephone No.....

(कृपया आप अपना नवीनतम फोटोग्राफ आवेदन-पत्र के ऊपर अवश्य लगाकर भेजें)  
Please affix your latest photograph at the top of the application form

१३. पूर्ववती शिक्षा एवं प्रशिक्षण का इतिहास :-  
History of Previous Education and Training :-

१. शैक्षिक योग्यता :

Educational Qualification :

(क) नेत्रहीनता से पहले

Before Blindness : .....

(ख) नेत्रहीनता के बाद

After Blindness : .....

२. तकनीकी/व्यवसायिक प्रशिक्षण

Technical/Professional Training : .....

(क) नेत्रहीनता से पहले

Before Blindness : .....

(ख) नेत्रहीनता के बाद

After Blindness : .....

३. संस्थान का नाम (जहाँ प्रशिक्षण ग्रहण किया है) :-

Name of the Institute attended :-

(क) नेत्रहीनता से पहले

Before Blindness : .....

(ख) नेत्रहीनता के बाद

After Blindness : .....

१४. रोजगार हेतु किसी एजेंसी में पंजीकरण कराया है तो दिनांक एवं एन०सी०ओ० संख्या का उल्लेख करें :-  
If registered with any agency for employment mention Date & N.C.O. No. :

व्यवसायिक पुनर्वास केंद्र Vocational Rehabilitation Centre	दिनांक Date	एन०सी०ओ० संख्या N.C.O. No.
सेवायोजन कार्यालय Employment Exchange	.....	.....
विशेष सेवायोजन कार्यालय Special Employment Exchange	.....	.....

१५. पूर्ववती रोजगार का विवरण, यदि कोई हो :

Details of previous employment, if any :

(क) प्राप्त पद

Post held : .....

(ख) कार्य का प्रकार

Type of Work : .....

(ग) रोजगार की अवधि

Duration of Employment : .....

१६. क्या हिन्दी अथवा अंग्रेजी अथवा अन्य

कोई भारतीय भाषा समझ सकते हैं ?

Whether you can understand Hindi.....

or English or Any other Indian

Language?

१७. व्यवसायों की प्राथमिकता :

Trade Preference

(१) प्रथम वरीयता :

Ist Preference : .....

(२) द्वितीय वरीयता :

IInd Preference : .....

"यह कॉलम भरने से पूर्व कृपया पृष्ठ सं० i & ii पर "महत्वपूर्ण टिप्पणी" पढ़िये।"

"Please read "Important Note" at Page No. i & ii before filling up this column."

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर/बाँये हाथ के  
अंगूठे का निशान/बाँये हाथ के अंगूठे  
का निशान

Signature/L.T.I./R.T.I. of  
Applicant

## वचन

### UNDERTAKING

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने अपने आश्रित को प्रौढान्ध प्रशिक्षण केन्द्र, राष्ट्रीय दृष्टिबाधितार्थ संस्थान, ११६, राजपुर मार्ग देहरादून के नियमों का पालन करने के लिए सहमत कर लिया है। मैं यह भी वचन देता हूँ कि मैं अपने आश्रित को किसी भी समय केन्द्र निदेशक के निर्देशानुसार वापिस ले जाऊँगा। मैं यह भी समझता हूँ कि केन्द्र प्रशिक्षण अवधि के अन्त में मेरे आश्रित को रोजगार दिलाने के लिए बाध्य नहीं है और प्रशिक्षण अवधि समाप्त हो जाने पर मैं अपने आश्रित को केन्द्र से ले जाने की स्वीकृति प्रदान करता हूँ।

I hereby certify that I have impressed upon my ward to abide by all the rules of the Training Centre for the Adult Blind, National Institute for the Visually Handicapped, 116, Rajpur Road, Dehradun. I also undertake to withdraw my ward from Training in the Centre at any time that may be specified by the Director of the Institute. I further understand that the Centre is not committed to find employment for my ward at the end of the training period and I agree to withdraw my ward from the Centre as soon as the period of Training is over.

दिनांक

Date : .....

माता-पिता/अभिभावक के पूर्ण हस्ताक्षर  
Signature of Parent/Guardian

(४)

**चिकित्सा प्रमाण-पत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

(किसी ख्यातिप्राप्त नेत्र चिकित्सालय/जिला अस्पताल के नेत्र विशेषज्ञ द्वारा जारी किया जाये)

**(TO BE ISSUED BY AN EYE SPECIALIST OF ANY REPUTED EYE HOSPITAL/EYE  
SURGEON OF A DISTRICT HOSPITAL**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु०.....  
निम्नलिखित परिभाषा के अंतर्गत नेत्रहीन है:

Certified that Shri/Smt./Km.....

is a Blind within the meaning of following definition :

- (१) दृष्टिक्षीणता, तुलनात्मक रूप से अच्छे नेत्र में, शोधन लेन्सों के साथ ६/६० अथवा २०/२०० (स्नेलन) से अधिक न हो, अथवा
  - (i) Visual Acuity not exceeding 6/60 or 20/200 (Snellen) in the better eye with correcting lenses, or
  - (२) दृष्टि की पूर्ण अनुपस्थिति, अथवा
  - (ii) Total absence of sight, or
  - (३) दृष्टि क्षेत्र की सीमा २० डिग्री या उससे कम का कोण बनाती हो।
  - (iv) Limitation of the field of vision subtending an angle of 20 degrees or less.
- नेत्रहीनता निम्न कारण से हुई.....

(कृपया यहां नेत्रहीनता का कारण बतायें)

आयु.....वर्ष (कृपया नेत्रहीन होने के समय की लगभग आयु बतायें)

Blindness has been caused by.....

(Please give here the Cause of Blindness

at the age of.....Year. (Please indicate the approximate age of onset of Blindness).

अवशिष्ट दृष्टि की माप (स्नेलन चार्ट के अनुसार) :

The degree of residual vision (In terms of Snellen Chart) is .....

शोधक लेन्सो रहित

WITHOUT CORRECTING LENSES

बायां नेत्र : (LEFT EYE)

दायां नेत्र : (RIGHT EYE)

रोग प्रगतिशील है/नहीं है। मैं निम्नलिखित उपचारों/रोग रोकने के उपायों की सिफारिश करूँगा।

श्री/श्रीमती/कु०.....को  
नेत्रहीनता के अतिरिक्त अन्य कोई शारीरिक विकलांगता अथवा मानसिक विकलांगता नहीं है।

The disease is/is not progressive. I would recommend following remedial prophylactic measure.

Shri/Smt./Km.....has

no Physical or Mental Handicap other than Blindness.

दिनांक

Date : .....

चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर मोहर सहित

Signature of the Medical Officer with stamp

नोट :- प्रार्थना-पत्र के साथ निम्नलिखित प्रमाण-पत्रों की साक्ष्यांकित फोटो प्रतियां संलग्न होनी चाहिए।  
NOTE:- Attested Photocopies of the following documents should invariably be attached with the Application Form

- (क) शिक्षा की उपाधि या पहले से प्राप्त प्रशिक्षण का उल्लेख करते हुए अन्तिम संस्था से प्राप्त प्रमाण-पत्र।  
(A) A Certificate from the Institution last attended indicating the degree of Education or Training already received.
- (ख) पूर्ववर्ती रोजगार के विषय में कॉलम सं० १३ में दिये गये तथ्यों की पुष्टि हेतु अन्तिम सेवायोजन कर प्रमाण-पत्र।  
(B) In the case of previous employment, a certificate from the last employer confirming the facts stated in Column-13
- (ग) जन्म-तिथि का प्रमाण-पत्र।  
(C) Documentary proof about Date of Birth.
- (घ) दृष्टिबाधिता प्रमाण-पत्र  
(D) Disability Certificate

**केवल कार्यालय प्रयोग हेतु**  
**FOR OFFICIAL USE ONLY**

- (१) प्रार्थना-पत्र प्राप्त होने की तिथि  
Date of receipt of Application : .....
- (२) प्रार्थना-पत्र स्वीकृत/अस्वीकृत  
Application Accepted/ Rejected: .....
- (३) अस्वीकृति के कारण (क) (A).....  
Reasons of Rejection (ख) (B).....  
(ग) (C).....
- (४) प्रार्थी के साथ अनुवर्ती सम्पर्क  
Subsequent follow up with the : .....  
Applicant .....
- (५) आवेदित व्यवसाय (क) प्रथम वरीयता  
Trade applied for 1st Preference :.....  
(ख) द्वितीय वरीयता  
IInd Preference :.....
- (६) व्यवसाय जिसके लिये योग्य है  
Trade eligible .....
- (७) प्रतीक्षा सूची संख्या  
Waiting List No. ....
- 
- साक्षात्कार की तिथि  
Date of Interview .....
- चयनित / अचयनित  
Selected/ Rejected .....
- आवंटित व्यवसाय  
Trade allotted .....
- अन्य सूचना  
Other Information .....

## महत्वपूर्ण टिप्पणी / IMPORTANT NOTE

- कृपया अपने क्षेत्र में पुनर्वास के अवसरों को देखते हुए आप (प्रार्थना-पत्र के कolumn संख्या १६ में) किसी दो व्यवसायों को प्राथमिकता के क्रम में उल्लिखित करें, जिनमें आप प्रशिक्षण प्राप्त करना चाहते हैं।
- Please mention any two trades in order of preference (in Column No.16 of the application) in which you desire to undergo training keeping in view of the scope of rehabilitation in your area.
- जो इस संस्थान से किसी भी व्यवसाय में प्रशिक्षण प्राप्त कर चुके हैं, उनके आवेदन-पत्र पर पुनरा विचार नहीं किया जायेगा।
- Those who have already been trained in any trade at the Training Centre for the Adult Blind (TCAB) under the National Institute for the Visually Handicapped (NIVH) will not be considered for training.

## उपलब्ध मुख्य व्यवसाय MAJOR TRADE AVAILABLE

व्यवसाय (TRADES)	समयावधि (DURATION)
१. कुर्सी बुनाई Recaning of Chair	: १२ माह 12 Months
२. लघु अभियांत्रिकी Light Engineering	: १२ माह 12 Months
३. ब्रेल आशुलिपि (हिन्दी) Braille Shorthand (Hindi)	: १२ माह 12 Months
५. इलेक्ट्रॉनिक्स Electronics	: १२ माह 12 Months
६. कम्प्यूटर अनुप्रयोग एवं कार्यक्रम कीशल Computer Application and Programming Skills	: १२ माह 12 Months
७. भौतिक चिकित्सा Physiotherapy	: २४ माह 24 Months
८. पेपर प्रोडक्ट्स एवं स्टेशनरी बुक बाइन्डिंग Paper products and Stationary Book Binding	: ६ माह ९ Months
शीघ्र प्रारंभ होने वाला पाठ्यक्रम : Vocational training to be introduced Shortly	
६. कम्प्यूटर प्रोसेसिंग एवं ऑफिस ऑटोमेशन Computer Processing & Office Automation	: ४ माह 4 Months

### आवश्यक शैक्षिक योग्यता :

### QUALIFICATIONS REQUIRED :

(क) ब्रेल आशुलिपि (हिन्दी) हेतु अर्जियों में निम्नलिखित योग्यताएँ होनी आवश्यक है

(A) For Braille Shorthand (Hindi), the candidate should possess the following:-

- मैट्रिक अथवा समतुल्य  
Matriculation or Equivalent
- मैट्रिक या अनुवर्ती बोर्ड / विश्वविद्यालय परीक्षा में हिन्दी में कम से कम ५० प्रतिशत अंक होने चाहिये।  
Minimum 50% marks in Hindi at Matriculation or Subsequent Board/University Examination.
- हिन्दी ब्रेल का अच्छा ज्ञान।  
Good Knowledge of Hindi Braille

(ii)

४. हिन्दी में 80 शब्द प्रति मिनट की गति से ब्रेल पढ़ने की योग्यता होनी चाहिए।  
Ability to read Braille in Hindi at a minimum speed for 80 words per minute.

(ख) इलेक्ट्रॉनिक व्यवसाय हेतु अभ्यर्थी में निम्नलिखित योग्यता होनी आवश्यक है :-

(B) For Electronics, the candidate should possess the following :

1. विज्ञान विषय सहित मैट्रिक अथवा समतुल्य  
Matriculation or equivalent With Science as a subject.

(ग) कम्प्यूटर अनुप्रयोग एवं कार्यक्रम कौशल हेतु अभ्यर्थी में निम्नलिखित योग्यताये होनी आवश्यक है।

(c) For Computer Application and Programming Skills the candidate should possess the following.

1. बारहवीं पास अन्तर्गत 10+2  
12th Pass under 10+2 system.

अथवा  
or

दसवीं के बाद पोलिटेक्निक से किसी भी व्यवसाय में तीन वर्ष की अवधि का मान्यता प्राप्त डिप्लोमा  
Recognised Diploma in any trade from Polytechnic of Three Years duration after class 10th.

(घ) लघु अभियांत्रिकी हेतु अभ्यर्थी में निम्नलिखित योग्यताये होनी आवश्यक है :-

(D) For Light Engineering the Candidate should possess the following :

1. 8 वीं कक्षा उत्तीर्ण  
Middle Pass

(ङ) भौतिक चिकित्सा हेतु अभ्यर्थी में निम्नलिखित योग्यता होनी आवश्यक है :-

(E) For Physiotherapy the Candidate should possess the following :-

(क) न्यूनतम शैक्षिक योग्यता 10+2 या उसके समकक्ष, दसवीं तक विज्ञान एवं अंग्रेजी विषय सहित कम से कम 50 प्रतिशत अंक होना आवश्यक है।

(A) Minimum Qualification 10+2 or equivalent with Science and English Subject at Secondary Level with 50% aggregate percentage.

(च) एक्यूपचर स्वास्थ्य कार्यकर्ता (केवल क्षीण दृष्टि अभ्यर्थियों हेतु)

(F) Acupuncture Health Worker (Low Vision Candidates only)

1. 10+2 अथवा समतुल्य मुख्यतः विज्ञान में।

1. 10+2 or equivalent preferably in Science

(छ) पेपर प्रोडक्ट्स एवं स्टेशनरी बुक बाइन्डिंग हेतु न्यूनतम शैक्षिक योग्यता

(G) For Paper Products and Stationary Book Binding Minimum Education Qualification is :

1. कक्षा - 5 उत्तीर्ण

1. Class - V Pass

\*\*\*\*\*