

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)

Chennai – 600 008

Affiliated to the University of Madras

College with Potential for Excellence

Reaccredited with A Grade by NAAC



2.1 Student Enrolment and Profile

2.1.2 Percentage of differently abled students

(DIVYANGJAN)

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)

Chennai – 600 008

*Affiliated to the University of Madras**College with Potential for Excellence**Reaccredited with A Grade by NAAC***2.1.2 List of Differently Abled Students (Divyangjan 2016-2021)**

YEAR OF ENROLMENT	PROGRAM ENROLLED	NAME OF THE STUDENT ENROLLED UNDER DIFFERENTLY ABLED CATEGORY	NATURE OF DISABILITY	UNIQUE DISABILITY ID (UDID) CARD NUMBER
2020-2021	B.A History	G. PADMAVATHI	Low Vision	23000/ 27.03.2019
2020-2021	B.A History	P. KALAIVANI	Visually Impaired	VI/59826
2020-2021	B.A History	T.VAZHA ILAVENI	Visually Impaired	CHN/VI/ 64863
2020-2021	B.A History	R. KAVIYA	Visually Impaired	VI/37407
2020-2021	B.A History	D.NARMADHA	Congenital Blind	VI/24451
2020-2021	B.A History	P.MEENATCHI	Blind-Staphylone	VI/20283
2020-2021	B.A History	S.SARANYA	Visually Impaired	VI/20258
2020-2021	B.A History	M. VINITHA	Visually Impaired	VI/20147
2020-2021	B.A Economics	S.NATHIYA	Visually Impaired	VI/25316

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)
Chennai – 600 008



2020-2021	B.Com Corporate.Secr etaryship	S.KRITHIKA	Visually Imapaired	SRTC/V212
2020-2021	B A Business Economics (SS)	B.SADHVIKA	Left Hemiparesi s	CHN/4D/ 60895
2020-2021	B.Sc Computer Science	VISALATCHI	Visually Imapaired	39620/ 435388
2019-2020	B A History	M. AMRIN	Locomotor Disability	4105/19
2019-2020	B.A History	V.BHARGAVI	Visually Imapaired	VI/29981
2019-2020	B.A History	N.SURUMBAYEE	Visually Imapaired	VI/2221
2019 -2020	M.A English	S.SRUTHI	Visually Imapaired	27388
2018-2019	B.Sc Chemistry	G.DHIVYA	Locomotor Disability	LD7814
2018-2019	B.Sc Chemistry	THASLEEMA	Locomotor Disability	LD39210
2018-2019	B.Sc Nutrition & Dietetics	E.SHARON PEARLY DEVAKIRUBAI	Locomotor Disability	CHN/LD/ 45171
2017-2018	M A English	M. MUNISWARI	Visually Imapaired	VI/12269
2017-2018	B.Sc Chemistry	V .YAMINI	Upper Limb Disability	LD17207

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)
Chennai – 600 008



2017-2018	B.Com Corporate Secretaryship	M.V.DARSHANA	Visually Impaired	VI/4411
2017-2018	B.Com	M.SRILEKHA	Hearing Impaired	CHN/HI/0872 9
2017-2018	B A English (Aided)	G.JANAPRIYA	Visually Impaired	NA
2016-2017	B.Com	N. BHAVANI	Speech & Hearing	CHN/HI/8391
2016-2017	B.A Business Economics (SS)	R. G.P. HARITHA	Speech & Hearing	NA
2016-2017	MA Human Rights & Duties Education	G. HARSHA	Visually Impaired	VI/16550

S. Kothai.

Signature of the Principal

PRINCIPAL
ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN
(AUTONOMOUS)
CHENNAI - 600 008.




2.1.2 DIVYANGJAN (Proofs)

ACADEMIC YEAR 2020-2021

G.PADMAVATHI (B.A History)

FORM -VII
Certificate of Disability
(In cases other than those mentioned in Forms V and VI)
(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate [See rule 18(1)])




Certificate No. 23000/27-03-19 Date: 05/03/2019
 This is to certify that I have carefully examined Shri / Smt / Kum. G. PADMAVATHI, G.
 son / wife / daughter of Shri GANESAN
 Date of Birth (DD / MM / YY) 10/05/2003 Age 15 Years.
 Male / Female Female Registration No. 234 permanent resident of House No. 234
 Ward / Village / Street POCHAIYANKADU Post Office SHETIPALAM NEOMBATYAN
 District NAGAPATTINAM State TAMILNADU
 whose photograph is affixed above, and am satisfied that he / she is a case of CONJUGATE NYSTAGMUS - VISUAL disability, his / her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines (number and date of issue of the guidelines to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

Sl. No	Disability	Affected part of body	Diagnosis	Permanent physical impairment / mental disability (in %)
1	Locomotor disability	0		
2	Muscular Dystrophy			
3	Leprosy cured			
4	Cerebral Palsy			
5	Acid attack Victim			
6	Low vision		$1/60$ NIGNIP	
7	Deaf	#	$V_n < 1/60$ NIGNIP	
8	Hard of Hearing	#		
9	Language Speech and Disability	E	<u>CONJUGATE</u>	
10	Intellectual Disability	E		
	Specific Learning			<u>NYSTAGMUS</u>




R. KAVIYA (B.A History)

சென்னை 1976 0189



காங்கிரஸ் அரசு
GOVERNMENT OF TAMILNADU
தமிழகப் பதிவுப் புத்தகம்
PASS BOOK

பதிவு செய்த அதிகாரம் :
தமிழக அரசு
Issuing Authority : **தமிழக அரசு**
Government of Tamilnadu



மாநில குறியீடு State Code	அரசு மாவட்ட பெயர் Name of the District	பதிவு செய்த குறியீடு Disability Code	பதிவு செய்த அடையாள எண் Identity Card No.
TN	NKL	VI	37407

குறிப்பு
இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு, மாநில அரசு, அரசு சார்பற்ற மன்றம் உள்ளிட்ட
நிர்வாககூடிய வடிவங்களில் உதவிகள் / சலுகைகள் அடையக்கூடிய செயலிடங்களில் உட்கார்
வதி / அறிவுரைகூறக்கூடாது செய்த தகுதியற்றவராவார்.
தவறாக வழங்கியோ / சேர்த்துக்கொள்ளாமல் மாற்றத்திற்கான விசுவகூலகளை சமூககூலகங்கள் செய்தும் / செய்த
முயற்சிகளில் தடை விதிக்கக்கூடிய ஆகும். மின்னணு இலாபகாரன் சிறைத்தண்டனை அல்லது
குடியிருப்பதில் அடையக்கூடிய இலாபகாரன் சிறைத்தண்டனை விதிக்கக்கூடிய வடிவங்களில்.

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


shown in the table below:

Disability	Affected part of the body
Sub-Caste	ந.வி EYES RETINA
6. முகவரி (தொலைபேசி எண்ணுடன்) Address (with Telephone No.)	5/110-2 திண்டிவனம்
7. இரத்தத்தின் குழுவು Blood Group	சுருள்புத்தி
8. கல்வி / தொழில்நுட்ப / தொழில்முறை தகுதி Educational / Vocational / Professional Qualification	நிர்வாககூலகம்
9. குடும்ப வருமானம் (ஆண்டு) Family Income (P.A.)	995222655
10. தொழில் Occupation	


2



D.NARMADHA (B.A History)



தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்
PASS BOOK
வழங்கும் அதிகாரம்:
தமிழ்நாடு அரசு
Issuing Authority:
Government of Tamil Nadu




மாநிலக் குறியீடு State Code	மாவட்டத்தின் பெயர் Name of the District	உணர்ச்சியின் குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No
TN	385	VI	25451

குறிப்பு
TPR
 இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு, மாநில அரசு, அரசு சார்பற்ற மற்றும் உள்ளாட்சி நிர்வாகங்களால் வழங்கப்படும் உதவிகளைக் கிடைக்க உதவுகின்ற வெளியிடப்படும் சட்டம்/விதி/அறிவுரைகளுக்குப்பட்டு பெறக் தகுதியுடையவர்.
 தவறான வழியில் மோசடியாகவோ உபயோகப்படுத்தக்கூடிய தகவல்களையோ பெறுதல் பெற முயற்சித்தல் தண்டனைக்கு உட்பட்டதாகும். இரண்டாம்நாடு சேர்த்துக் கண்டனம் அல்லது நடுநிலைக் கல்வி இரண்டும் சேர்த்தே வழங்கப்படும்.

Instruction
 The holder of the Identity Card is eligible to claim concessions from Government, Statutory Bodies, Societies, etc. in accordance with the Act/Rules/Instructions. Whoever fraudulent persons with disability which may extend to twenty thousand rupees or more.

ilities is eligible to Government, State in accordance with on time to time benefit meant for onment for a term, y extend to twenty



தமிழ்நாடு அரசு
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்
வழங்கும் அதிகாரம்:
தமிழ்நாடு அரசு
Issuing Authority:
Government of Tamil Nadu



P. MEENATCHI (B.A History)

அறிவிக்கப்பட்டிருக்கிறது
Disability Certificate

செய்த நாள்: 2019.09.10
செய்த இடம்: மருத்துவமனை

Name & Address of the Institute: Hospital, stating the location
Certificate No: _____ Date: _____

செய்த நாள்: 2019.09.10
செய்த இடம்: மருத்துவமனை
Certificate for the Persons with Disabilities

பெயர்: Meenatchi
பிள்ளை: Palani

This is to certify that Meenatchi daughter of Palani
Age 5 years old female Registration No _____
a case of BE Blind - Anisotropy
He/She is physically disabled / visual disabled / speech / hear disabled and has Blinded % (100) Percent permanent (physical impairment/visual impairment/ Speech / Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. மிகவும் தீவிரமான நிலைமையில் உள்ளது. மருத்துவமனையில் சிகிச்சை செய்து பின்னர் மீளாய்வு செய்யப்படும்.
This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve*
2. மீளாய்வு மருத்துவமனையில் பின்பற்றப்படும்.
Re-assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months/years*
* அடிப்படையில் சிகிச்சை செய்யப்படும்.
* சிகிச்சை இல்லாதது.

6

செய்த நாள்: 2019.09.10
செய்த இடம்: மருத்துவமனை
Civil Asst. Surgeon
Govt. Vellore Medical College Hospital
VELLORE 632011.

செய்த நாள்: 2019.09.10
செய்த இடம்: மருத்துவமனை
Civil Asst. Surgeon
Govt. Vellore Medical College Hospital
VELLORE 632011.

செய்த நாள்: 2019.09.10
செய்த இடம்: மருத்துவமனை
Civil Asst. Surgeon
Govt. Vellore Medical College Hospital
VELLORE 632011.



S.SARANYA B.A (History)

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை/நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
சான்றிதழ் எண் _____ தான் _____

Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate _____
Certificate No. _____ Date _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities

திரு/திருமதி/செல்வி _____
உயர்வகை/பெண் _____ வயது _____
ஆண்/பெண் _____ பதிவு எண் _____ இவர் _____

பார்வையற்றவர்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும்/செவித்திறன் குறைபாட்டையுடையவர் _____ சதவிகிதம் (____%) ஊனமுடையவர்

This is to certify that Shri/Smt/Selvi S. Saranya
son/wife/daughter of
Shri S. Suvam
Age 5 old male/female, Registration No. _____ is
a case of R.P. EOP
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has 90 % (90 Percent)
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech &
Hearing impairment) in relation to his/her Urn

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக் கூடியது / முன்னேற்றம்
அடைய முடியாதது / குணமடையக் கூடியது / குணமடைய முடியாதது.
This condition is progressive/ non-progressive/likely to improve/
not likely to improve*
2. _____ மாதங்கள்/ ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re-assessment is not recommended / is recommended after
a period of _____ months/years*
* குறித்தம்தகவல்களை அளிக்கப்படும்.
* Strikeout which is not applicable.


ஊனமுற்ற நபரின் கையொப்பம்/இடதுகைப் பெருவிரல் கிடை
Signature / Thumb impression of the patient

DR. D. RAMESH,
MBBS DLO DNB (E)
Reg. No. 52084
ASSISTANT SURGEON,
VELLORE MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL
VELLORE.
(DOCTOR) Seal

DR. K. JAYARAJ,
MBBS
Reg. No. 52011
ASSISTANT SURGEON,
VELLORE MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL
VELLORE.
(DOCTOR) Seal

DR. K. JAYARAJ
Civil Asst. Surgeon,
Govt. Vellore Medical College Hospital,
VELLORE - 632011.

871201




6




M.VINITHA B.A (History)

Form - II
Disability Certificate
(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs
and in cases of blindness)

NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE




Dr. S. ARUNA
 Reg No. 42019
 Civil Surgeon
 Govt. Peripheral Hospital,
 K.K.Nagar, Chennai-78.

Certificate No _____ Date _____

This is to certify that I have carefully examined
 Shri/Smt./Kum. M. Vinita
 son/wife/daughter of Shri. G. Murugesan Date of
 Birth 29 08 2000 Age 17 years, male/female _____
 (date) (month) (year)

Registration No TN TLR VI 20147 permanent resident of House No
43 Ward/Village/Street Visalachi Nagar Post-Office Margadu
 District Chennai-12 State Tamilnadu whose photograph is affixed
 above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:
 Locomotor Disability
 Blindness
 (Please tick as applicable)


(B) the diagnosis in his/her case is Re. Physical CE Ant. Myopathy & Coarctopathy

(1) He/She has 100 % (in figure) Heard percent
 (in words) permanent physical impairment/blindness in relation to his/her _____
 (part of body) as per guidelines (to be specified).

(2) The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate
<u>Aadhar card</u> <u>9840 9646 5765</u>	<u>28.12.2015</u>	<u>Govt of India</u>

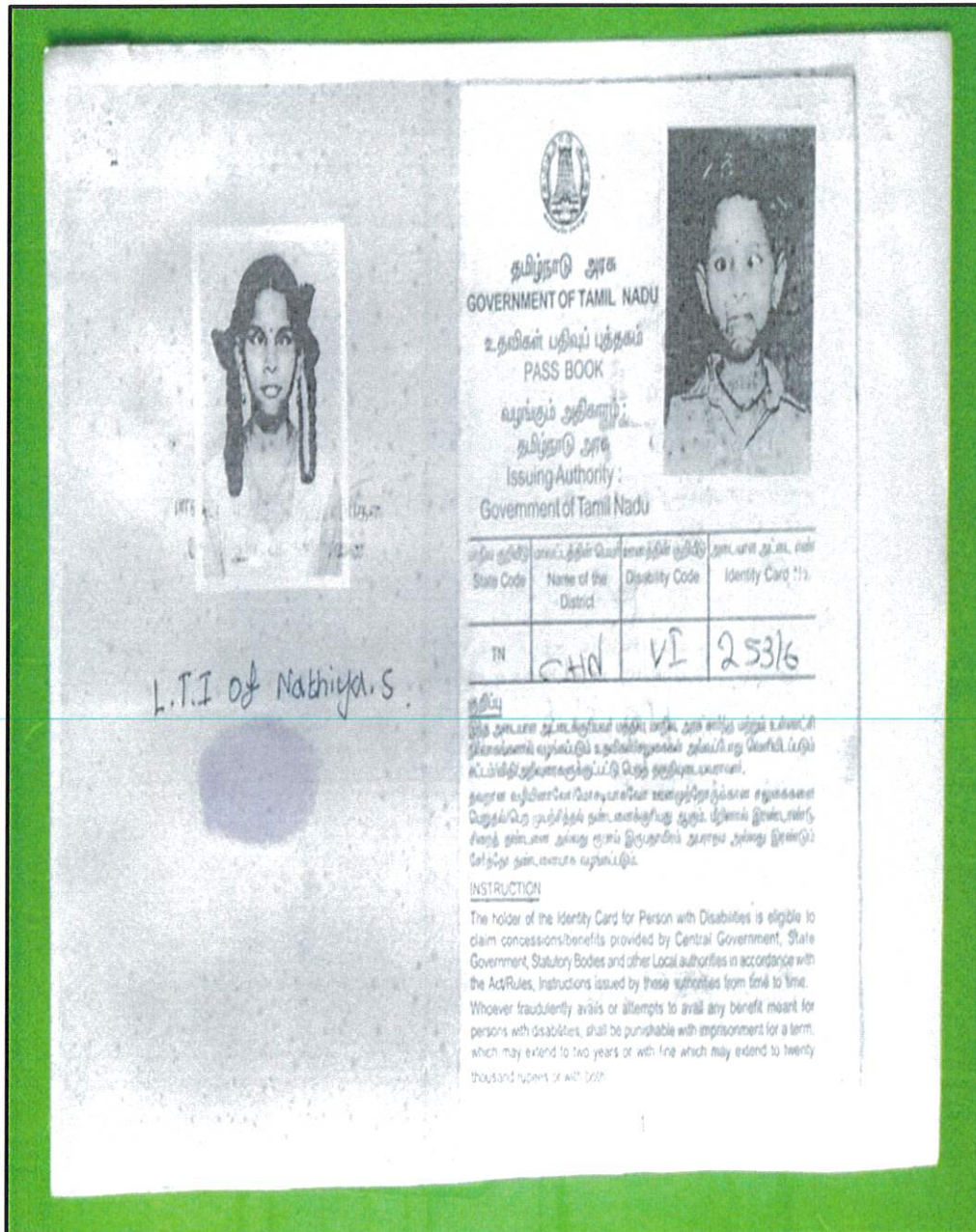
Signature/Thumb Impression of the Person in whose Favour disability Certificate is issued


Dr. S. ARUNA
 Reg No. 42019
 Signatory Civil Surgeon of authorized
 Govt. Peripheral Hospital,
 K.K.Nagar, Chennai-78.

GCP-410-6-4,00,000 Cps.-24-9-2014 (HCL-11)



S.NATHIYA B.A (Economics)






B.SADHVIKA B.A (Business Economisc SS)

Unit 01
CPNO: 5180/20
22/7/2022

Form-V
Certificate of Disability
(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)
[See rule 18(1)]
(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)


 22.7.2022
 Dr. A. C.

Certificate No. 07

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum.
SADHVIKAA.B son/wife/daughter of Shri Balakumar Date of Birth
 (DD/MM/YY) 23/05/2003 Age 17 years, male/female Female registration
 No. 5180/20 permanent resident of House No. 29, 2nd St Ward/Village/Street
Katchalieswarar Post Office Broadway District Chennai State
Tamil nadu, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:
CHN/ LD/60895

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- dwarfism
- blindness

(Please tick as applicable)

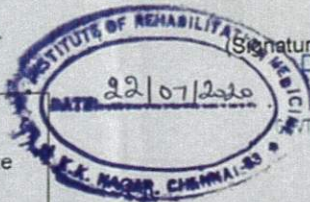
(B) the diagnosis in his/her case is LEFT HEMIPARESIS (SINCE CHILDHOOD)

(A) he/she has 50 % (in figure) FIFTY percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her Left (part of body) as per guidelines (..... number and date of issue of the guidelines to be specified).

2. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate
<u>Aadhar card</u> <u>9472 5758 5964</u>	-	<u>Govt of India</u>

Signature/thumb
Impression of the
Person in whose favour certificate
of disability is issued



Signature and Seal of Authorised Signatory
Dr. A. GUNA, MBB, DPMR
 Notified Medical Authority
 REG. No: 68389
 ASSISTANT PROFESSOR
 GOVT. INSTITUTE OF REHABILITATION MEDICINE,
 K.K.NAGAR, CHENNAI - 600 078.



VISALATCHI B.Sc (Computer Science SS)

(37) (37) (2)

GOVERNMENT HOSPITAL

OUT-PATIENT

Hospital No. 39620. / 435318 Date: 17 JUN 2008

Name: Visalatchi Age: 37 MF. Rel: 17 JUN 2008

Occupation and Income: 5-19/P

Address: PUNYINGPT

Provisional Diagnosis

Complaints: SLE D Duration: 1 year

History and onset: SLE D

Previous Management: Intermittent drops

Right eye: 6/60 Left eye: 1/2 / 60

Visual Acuity

Lids: @

Ocular Movement: Full

Conjunctive: @

Cornea: / clear

Iris: CPN

Anterior Chamber: ND

Pupils: 4mm sluggish RSE

Lens: clear

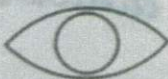
Tension: @

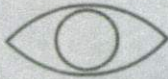
N.L. Duct: @

Ex-Ophthalmometry: @

SLIP LAMP EXAMINATION

Fracture (unilateral)





marked lens
Disc-tear
Pretar

Please bring this card on every visit to Hospital.

manthan -
ipita foldit
fracture

Dr. J. S. / S. S. (S)


GCP - (Med. H-D-2) - 4.00.006 - 28-11-06



ACADEMIC YEAR 2019-2020

M.AMRIN B.A (History)

Form-V
Certificate of Disability Unit II
(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs or dwarfism and in case of blindness)
[See rule 18(1)]
(Name and Address of the Medical Authority issuing the Certificate)


 Reg. No: 83390
 Date: 10/5/19
 K.K. Nagar, Chennai-78.

Certificate No. 19 10/5/19

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. M. Amrin son/wife/daughter of Shri Muppan Sankar Date of Birth (DD/MM/YY) 18.1.2007 Age 18 years, male/female Female registration No. 4105119 permanent resident of House No. 29159 Ward/Village/Street Porchulamb Post Office Church Street District South Hill State Chennai, whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:

- locomotor disability
- dwarfism
- blindness

(Please tick as applicable)


(B) the diagnosis in his/her case is KYPHOSCOUSIS

(A) he/she has 50 % (in figure) FIFTY percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her TRUNK (part of body) as per guidelines (.....number and date of issue of the guidelines to be specified).

2. The applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of Issue	Details of authority issuing certificate.
<u>Aadhar card</u>	<u>8/2/2014</u>	<u>Income identification authority of Chennai</u>

M. Amrin
Signature/thumb Impression of the Person in whose favour certificate of disability is issued



K. Uma 10/5/19
Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

Dr.K.UMA, MBBS,DPMR
Reg No: 83390, SENIOR RESIDENT
Govt. Institute of Rehabilitation Medicine
K.K.Nagar, Chennai-78.

Scanned with CamScanner

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)
Chennai – 600 008



V.BHARGAVI B.A (History)

GOVERNMENT OF TAMILNADU
சென்னை அரசு

சென்னை அரசு
GOVERNMENT OF TAMILNADU
Issuing Authority

State Code	Name of the District	Disability Code	Issuing Card No.
TN	சென்னை	VI	29981

INSTRUCTIONS
The holder of the identity card to person with disabilities is eligible to claim various benefits provided by Central Government, State Government, District, Scales and other Local authorities in accordance with the 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 the which may extend to twenty thousand rupees or with both.

30.05.2016
30.05.2016

Valid upto

1. Name
V. பார்பவியா

2. Father/Mother/Quardan Name
செ. வி. சந்திரசேகரன்

3. Date of Birth & Age
02/11/1981

4. Sex

Male	Female
------	--------

5. Community
SC/ST/BMC and D.C/Other

6. Sub-caste
செ. வி. சந்திரசேகரன்

7. Address (with telephone no)
செ. வி. சந்திரசேகரன்
சென்னை - 600008

8. Blood Group

9. Educational / Vocational / Professional Qualification

10. Family income (PA)

11. Occupation : Epic No :
21410368127

12. Whether Registered in Employment?
Yes No

13. District Employment Office
Vocational Rehabilitation Centre (VRC)

14. Identification Marks
செ. வி. சந்திரசேகரன்
VI

15. Nature of Disability
VI

16. Degree/Percentage of Disability
100/Percent

17. Medical Certificate issued by
(A) Medical Officer / Medical Authority
(B) Medical Board
(C) Issued on / Date of issue

Signature / Thumb impression of card holder

Signature of District Officer/Abet Welfare Officer with seal

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)
Chennai – 600 008



N.SURUMBAYEE B.A (History)

GOVERNMENT OF TAMIL NADU
PAST BOOK

GOVERNMENT OF TAMIL NADU

State Code	Name of the District	Police Station Code	Police Station No.
TN	KARUR	VI	2221

BOOK I
DISABILITY CERTIFICATE
(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs and in cases of visual impairment)

BOOK II
DISABILITY CERTIFICATE
(In cases of multiple disabilities)

BOOK I
DISABILITY CERTIFICATE
(In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs and in cases of visual impairment)

NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE

Certificate No. _____ Date _____

This is to certify that I have carefully examined _____ (Name of the person with disability) and am satisfied that _____ (Diagnosis) is a case of _____ (Type of disability).

Registration No. _____ Permanent Resident of House No. _____ Ward/Village _____ Street _____ Post Office _____ District _____ State _____

Whose Photograph is affixed above and am satisfied that _____ (Name of the person with disability) has been evaluated as per guidelines (to be specified) for the disabilities listed below and shown against the relevant in the table below.

S.No	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent Physical Impairment / Mental Disability (%)
1	Locomotor Disability			
2	Low Vision			
3	Blindness			
4	Hearing Impairment			
5	Mental Retardation			
6	Mental Illness			

With the light of the above, holder over of permanent physical impairment as per guidelines (to be Specified) is as follows -

BOOK II
DISABILITY CERTIFICATE
(In cases of multiple disabilities)

NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE

Certificate No. _____ Date _____

This is to certify that I have carefully examined _____ (Name of the person with disability) and am satisfied that _____ (Diagnosis) is a case of Multiple Disability. His / her extent of percentage physical impairment / disability has been evaluated as per guidelines (to be specified) for the disabilities listed below and shown against the relevant in the table below.

Registration No. _____ Permanent Resident of House No. _____ Ward/Village _____ Street _____ Post Office _____ District _____ State _____

Whose Photograph is affixed above and am satisfied that _____ (Name of the person with disability) has been evaluated as per guidelines (to be specified) for the disabilities listed below and shown against the relevant in the table below.

S.No	Disability	Affected part of Body	Diagnosis	Permanent Physical Impairment / Mental Disability (%)
1	Locomotor Disability			
2	Low Vision			
3	Blindness			
4	Hearing Impairment			
5	Mental Retardation			
6	Mental Illness			

With the light of the above, holder over of permanent physical impairment as per guidelines (to be Specified) is as follows -



S.SRUTHI M.A (English)

Sruthi S

(மருத்துவர்) (மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்) (முத்திரையுடன்)
(DOCTOR) (DOCTOR)
(Seal) (Seal)

the Certificate of Disability

உணமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Disabilities

திரு/திருமதி/செல்வி
Recommended/isrecommended வயது
பதினாறு/பெண் பதினாறு/பெண் months/years இவர்
பார்வையற்றவர்/உடல் உணமுற்றவர்/பேசும்திறன்/செவித்திற
தறையுடையவர் சதவிகிதம் (____%) உணமுடையவர்

Strike out
which is not applicable. SATIYANDORTY

10 11

has 00

Hearing time
குறிப்பு
Note

1. உணத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக் கூடியது / முன்னே
2. செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.

க்கவும்.

மருத்துவ
மருத்துவ
தலைவரின்
Coonera
Medical S
of Hospi

மருத்துவ
மருத்துவ
தலைவரின்
Coonera
Medical S
of Hospi


SRUTHI, M.S
REG. N. 5888
Assistant Su
Government Periphete
CK NAGAR



THASLEEMA B.Sc (Chemistry)

Left College in 2nd Year

THASLEEMA



தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்
PASS BOOK
வழங்கும் அதிகாரம்
தமிழ்நாடு அரசு
Issuing Authority :
Government of Tamilnadu



மாநில குறியீடு
State Code

அடைபட்ட இடத்தின் பெயர்
Name of the District

ஊனத்தின் குறியீடு
Disability Code

அடைபட்ட அட்டை எண்
Identity Card No.

TN	VELLORE	LD	39 210
----	---------	----	--------

குறிப்பு:

இந்த அடைபட்ட அட்டைக்குரியவர் மத்திய, மாநில அரசு சார்பற்ற மற்றும் உள்ளாட்சி நிர்வாகங்களால் வழங்கப்படும் உதவிகள் / சலுகைகள் அடங்கலாக வெளியிடப்படும் சட்டம் / விதி / அறிவுரைகளுக்குப்பட்டு பெறத் தகுதியுடையவராவார்.

தவறான வழியினாலோ / மோசடியாகவோ ஊனமுற்றோருக்கான சலுகைகளை பெறுதல் / பெறமுயற்சித்தல் தண்டனைக்குரியது ஆகும். மீறினால் இரண்டாண்டு சிறைத்தண்டனை அல்லது 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 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 thousands rupees or with both.

1



E.SHARON PEARLY DEVAKIRUBAI B.Sc (Nutrition & Dietetics)

Form-II
DISABILITY CERTIFICATE

(In cases of amputation or 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. SRTC/LD/21 Date: 20/05/14 (In cases of amputation or complete permanent paralysis of limbs and in cases of visual impairment)
This is to certify that I have carefully examined

Shri/Smt./Kum. SHARON PEARLY DEVAKIRUBAI P
son/wife/daughter of Shri E PAUL RAO
Date of Birth 06 12 2000 Age 13 years, Male / female Male / Female
(DD / MM / YY)

Registration No. CHN/LD) 4571 Permanent resident of House
No. H-3 2-1 Ward / Village / HENDRICKS LANE Street PURASAWALKAM Pos
Office _____ District CHENNAI - 7 State TN

Whose photograph is affixed above, and am satisfied that:

(A) he/she is a case of:
 Locomotor disability
 Visual impairment
(Please tick as applicable)

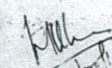
(B) the diagnosis in his / her case is Right Above knee lower limb amputation
(A) He/she has 80 % (in figure) Eighty Percent (in words) permanent physical impairment/blindness in relation to his / her _____ (part of body) as per guidelines (to be specified) Right thigh

2) The Applicant has submitted the following document as proof of residence:-

Nature of Document	Date of issue	Details of authority issuing Certificate

(Signature and Seal of Authorised Signatory of notified Medical Authority)

Signature / Thumb impression of the _____
in favour of disability certificate is issued.


Dr. M. VIKRAM, M.S. (Ortho)
 Assistant Professor
 Dept. of Orthopaedics
 Govt. Royapettah Hospital
 Chennai




ACADEMIC YEAR 2017-2018


M.MUNISWARI M.A (English)

மாநிலக் குறியீடு State Code	மாவட்டத்தின் பெயர் Name of the District	ஊனத்தின் குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN.	RmD	VI	12269

தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU
உதவிகள் பதிவுப் புத்தகம்
PASS BOOK
வழங்கும் அதிகாரம்:
தமிழ்நாடு அரசு
Issuing Authority
Government of Tamil Nadu



குறிப்பு
இந்த அடையாள அட்டைக்குரியவர் மத்திய அரசு மாநில அரசு அரசு சார் சலுகைகளைப் பெறும் வகையில் உதவிகள்/வெளியிடப்படும் சட்டம்/விதி/தகுதியுடையவராவார்.



டியாகவோ ஊனமுற்றோருக்கான மயற்சித்தல் தண்டனைக்குரியது ஆகும். இறைத்தண்டனை அல்லது ரூபாய் 50 இரண்டும் சேர்த்தோ தண்டனையாக

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.

Scanned: 5-6-18



V.YAMINI B.Sc (Chemistry)

ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை / நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
Name & Address of the Institute / Hospital issuing the certificate

சான்றிதழ் எண்
Certificate No.

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities

திருத்திரமதி/செல்வி

த.பெ./க.பெ. பெயர்
ஆண்/பெண் பதிவு எண் இவரின்
பாற்சாரியை/பெற்றவர் / ஊனமுற்றவர் / செலவிற்றவர்
குறையடையாளம் (%) ஊனமுறியடையாளம்

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


குறிப்பு / Note

1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக் கூடியது/முன்னேற்றம் அடைய முடியாதது/குணமடையக் கூடியது/குணமடைய முடியாதது.
This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve*

2. மாதங்கள்/ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re assessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months / years*

* பொருத்தமில்லாதவற்றை அடக்கவும் / * Strikeout which is not applicable.

6



DR. S. SEKAR,
D.O.
TIRUVALLUR.

MEMBER
MEDICAL BOARD
G. HQ. HOSPITAL
TIRUVALLUR.

MEMBER
MEDICAL BOARD
G. HQ. HOSPITAL
TIRUVALLUR.

MEMBER
MEDICAL BOARD
G. HQ. HOSPITAL
TIRUVALLUR.

ஊனமுற்ற நபரின் கையொப்பம்/குறுக்கைப் பெருவிரல் குறுக்கை
Signature / Thumb impression of the patient

V. Yamini

CHAIRMAN
MEDICAL BOARD
மருத்துவக் கட்டுப்பாட்டுகளுக்கான
தலைமை மருத்துவ அலுவலகம்.
மருத்துவமனைத் தலைவரின்
கையொப்பம்
Countersigned by the
Medical Superintendent/CMO/
Head of Hospital (with seal)

DR. S. SEKAR,
D.O.
TIRUVALLUR.

தமிழ்நாடு அரசு
GOVERNMENT OF TAMIL NADU

தேசிய அடையாள
NATIONAL IDENTITY

மாநில குறியீடு State Code	பெயர்/தலைநகர் பெயர் Name of the District	ஊனமுற்ற குறியீடு Disability Code	அடையாள அட்டை எண் Identity Card No.
TN	TIR	LD	17027

வழங்கப்பட்ட தேதி
Date of issue

செல்லுத்தக்க காலம்
Valid up to

(18 வயதிற்கு கீழான குழந்தைகளுக்கு மட்டுமே)
(Only for children below 18 years of age)

பெயர் / Name V. யாமினி

பிறந்த தேதி 13-07-2002
Date of Birth

பாலினம் பெண்
Sex

ஊனத்தின் தன்மை / Nature of Disability LD, Erbepaly


V. Yamini


இருக்க கையொப்பம் / கையொப்பம்
Signature / Thumb impression of card holder

மறுமதிப்பீடு செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை
Reassessment is not recommended / is recommended after a period of _____ months / years



M.SRILEKHA B.Com


GOVERNMENT OF TAMIL NADU
PASS BOOK
Issuing Authority is Government of Tamil Nadu



State Code	Name of the District	Locality Code	Number of the Identity Card No.
IN	CHN	HI	05789

INSTRUCTIONS
 The holder of the Identity Card is Person with Disabilities is eligible to claim concessional facilities provided by Central Government, State Government, Statutory Bodies and other Local authorities in accordance with the Rules, Instructions issued by these authorities from time to time. Whoever fraudulently avails or attempts to avail any benefits 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 both both.

19/10/19

Date of Issue: 19/10/19

Valid upto: 17/10/20

1. Card Name: M. SRILEKHA

2. Father/Mother/Guardian Name: M. SRIKANTH

3. Date of Birth & Age: 17/10/1977

4. Sex: Male

5. Community: SC

6. Address (with Telephone No.): 17, KANNIYAN STREET, CHENNAI - 600 008

7. Blood Group: B+

8. Educational/ Vocational/ Professional Qualification: B.Com

9. Family Income (P.A.):

10. Occupation: Student

11. Registration in Employment: Yes

12. District Employment Office: CHENNAI

13. Identification Marks: 1. Scar on forehead, 2. Scar on right hand

14. Nature of Disability: Physical Disability

15. Degree/Percentage of Disability: 100% Hundred

16. Medical Certificate issued by: (a) Medical Authority: STATE H. H. NAGAR CH-78, (b) Medical Board: 17/10/19

17. Date of Issue: 19/10/19

18. Signature: M. Srilekha

19. Thumb Impression of Card holder: [Impression]



G.JANAPRIYA B.A (English)

1. ஊனத்தின் சான்றிதழ்
Disability Certificate

மருத்துவமனை/திறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
சான்றிதழ் எண் _____ நாள்: _____

Name & Address of the Institute / Hospital issuing the Certificate
Certificate No. _____ Date: _____

ஊனமுற்றோருக்கான மருத்துவச் சான்றிதழ்
Certificate for the Persons with Disabilities

திரு/திருமதி/செவ்வி
த.பெ./க.பெ. _____ வயது _____
ஆண்/பெண் பதிவு எண் _____ இவர் _____
பார்வையற்றவர்/உடல் ஊனமுற்றவர்/பேசும் திறன்/செவ்வியல்
குறையுடையவர் _____ சதவிகிதம் (____%) ஊனமுற்றவர்

This is to certify that Shri/Smt/Kum. Janapriya
son/wife/daughter of Mr. K. Kupalan

Shri _____
Age 13 old male/female, Registration No _____
a case of Dr. P.T. G.
He/She is physically disabled / visual disabled / speech & hearing
disabled and has 100 % (Handy per cent
permanent (physical impairment/visual impairment / Speech
Hearing impairment) in relation to his/her _____

குறிப்பு
Note
1. ஊனத்தின் தன்மை முன்னேற்றம் அடையக் கூடியது / முன்னேற்ற
அடைய முடியாது / குணமடையக் கூடியது / குணமடைய முடியாது
This condition is progressive/ non-progressive/likely to improve
not likely to improve*
2. _____ மாதங்கள்/ ஆண்டுக்குப் பிறகு மறு மதிப்பீடு
செய்ய பரிந்துரைக்கப்பட்டது / பரிந்துரைக்கப்படவில்லை.
Re assessment is not recommended / is recommended at
a period of _____ months/years*

* பொருத்தமில்லாதவற்றை அடிக்கவும்.
* Strikeout which is not applicable

10

கையொப்பம் (மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்) (DOCTOR) (Seal)
கையொப்பம் (மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்) (DOCTOR) (Seal)
கையொப்பம் (மருத்துவர்)
(முத்திரையுடன்) (DOCTOR) (Seal)

Dr. V. S. AVINASH
Tutor
Government
Peripheral Hospital
K.K. Nagar, Chennai-600073

Dr. D. S. ANAND
Tutor
Government
Peripheral Hospital
K.K. Nagar, Chennai-600073

மருத்துவக் குழுவின் தலைவர்/மருத்துவமனையின்
மருத்துவ அலுவலர்/மருத்துவமனையின்
தலைவரின் கையொப்பம்
கையொப்பம்/Thumb impression of the patient

மருத்துவக் குழுவின் தலைவர்/மருத்துவமனையின்
மருத்துவ அலுவலர்/மருத்துவமனையின்
தலைவரின் கையொப்பம்
கையொப்பம்/Thumb impression of the patient

Dr. D. S. ANAND
Tutor
Government
Peripheral Hospital
K.K. Nagar, Chennai-600073

11





ACADEMIC YEAR 2016-2017

N.BHAVANI B.Com

Form - IV
Disability Certificate
(In cases other than those mentioned in Forms II and III)

NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL AUTHORITY ISSUING THE CERTIFICATE

Certificate No. SRTZ/H/14 Date: _____
This is to certify that I have carefully examined
Shri/Smt./Kum. N. BHAVANI
son/wife/daughter of Shri S. NAGARAJAN Date of
Birth 15 09 1998 Age 17 years, male/female F
(DD / MM / YY)
Registration No. CHN/H/8891 permanent resident of House No. 68
Ward/Village/Street A.P. ROAD, CHOOLAI Post-Office CHOOLAI District
CHENNAI - 600112 State TAMIL NADU whose photograph is affixed
above, and am satisfied that he/she is a case of Speech & Hearing Disability. His/her
extent of permanent physical impairment/disability has been evaluated as per guidelines
(to be specified) and is shown against the relevant disability in the table below:-

S. No.	Disability	Affected Part of Body	Diagnosis	Permanent physical impairment/mental disability (in %)
1.	Locomotor Disability	@		
2.	Low Vision	#		
3.	Blindness	Both eyes		
4.	Hearing Impaired	E	<u>Bi-lateral sensorineural</u>	<u>100%</u>
5.	Mental Retardation	X		
6.	Mental fitness	X		

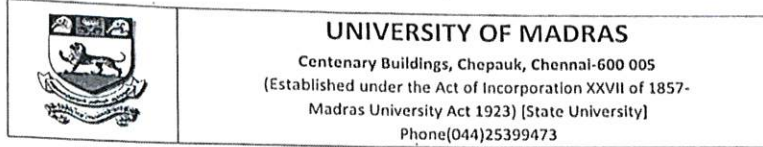
(Please strike out the disabilities which are not applicable)

GOVT. MEDICAL HOSPITAL, CHENNAI

ETHIRAJ COLLEGE FOR WOMEN (Autonomous)
Chennai – 600 008



R G P HARITHA B.A (Business Economics SS)



No.ERC// Dyslexia/Exemption/2016-2017//A13

Dated - 3 NOV 2016

From
The Registrar,
University of Madras.

To
The Principal,
Ethiraj College for Women (Autonomous),
Egmore, Chennai -600 008.

Madam ,

Sub: Selvi. R.G.P. HARITHA- I Year B.A(Business Economics)- 2016-2017 – speech
and hearing disability- Exemption- intimation -reg.

I am, by direction, to inform you that Selvi. R.G.P. HARITHA, who has been studying -
I – Year B.A(Business Economics). degree course in your college during the academic year 2016- 2017 is
granted the following exemption/concessions till the candidate passes all the papers prescribed for the degree,
based on the Disability certificate issued by the National Identity card and pass book with disability certificate
dept. of Rehabilitation of the Disabled, Govt. of Tamilnadu and as per the Ordinance of the University, since
she is suffering from speech and hearing disability .

* Exemption from appearing one language either Part-I Tamil
or Part-II English.

The candidate concerned may be informed accordingly.

Yours faithfully,

M/S M. N. S. S.
REGISTRAR.

Copy to: 1. The Section Officer, B.A./ Certificate Section for necessary action.

2- Selvi. R.G.P. Hariitha
I year B.A., Business Economics,
Ethiraj College for Women (Autonomous),
Egmore, Chennai -600 008.

R. D. D. D.
(CCE) 411116



G.HARSHA M.A (HRDE)


 தமிழ்நாடு அரசு
 GOVERNMENT OF TAMIL NADU
 தமிழ்நாடு அரசு
 NATIONAL IDENTITY CARD

பகுதி குறியீடு State Code	அரசின் பெயர் Name of the District	குறைபாடு குறியீடு Disability Code	அரசின் அட்டை எண் Identity Card No.
TN	CHIV	VI	16550

உருவாக்கிய நாள்
 Date of Issue: 31/7/07 VI
 செல்லும் நாள்
 Valid up to: Permanent

இது குறைபாடு உள்ளவர்களுக்காக மட்டும்
 (Only for children below 18 years of age)

அரசு / பெயர்
 Govt / Name: G. Harsha

பிறந்த நாள்
 Date of Birth: 08-01-1993
 பாலினம்
 Sex: FEMALE

குறைபாடு / குறைபாடு / Nature of Disability: VI

அரசு அலுவலர்
 Government Officer
 (Signature/Thumb impression of card holder)
 2007