Important Notice

Attention: candidates of CHSL-2020 examination seeking exemption from appearing & qualifying in Typing Test

Candidates qualified in Tier-II of CHSL Exam, 2020, who are *'Persons with benchmark disability* 'and who claim to be permanently unfit to take the Typing Test because of Physical disability and seek *exemption* from *appearing* and *qualifying* in Typing Test are required to send scanned copies of following documents on email ID: ai2examsscwr@gmail.com, ***latest by 17-06-2022***.

1. **Medical Certificate** seeking exemption in prescribed format (**Annexure XIII** of the notice of Examination)from the competent Medical Authority, i.e., the Civil Surgeon of a Government Health Care Institution
2. **Certificate of Disability** in the prescribed format as per Annexure-VIII to Annexure-X of the notice of Examination, as applicable
3. **Undertaking** as per the format annexed to this notice

Alternatively, the candidates may also report at the venue for skill test on 01-07-2022 along with aforementioned documents (original & photocopy) for seeking exemption from Typing Test.

The candidates are required to produce all these documents in original before the Commission at the time of document verification. If any candidate fails to produce the same during document verification, Commission would cancel the candidature of such candidate for this exam and such candidates will have no claim against the Commission's decision.

Annexure

UNDERTAKING

I_____, Roll No. _____ am a candidate of CHSLE 2020 Examination and would like to avail exemption from the requirement of appearing and qualifying in type test, in accordance with Para 13.7.7.7 of examination notice, as I am permanently unfit to take the typing test because of physical disability. I am herewith attaching a copy of requisite certificate in prescribed format (**Annexure XIII**) of notice of examination, issued by competent medical authority i.e. a civil surgeon of a Government health care institution along with relevant medical certificate in prescribed format as per **Annexure X** to **Annexure XII** of the notice of examination.

I also undertake that I will produce all these documents in original during document verification before the Commission. If I fail to produce the same, the Commission may cancel my candidature for this examination and I will have no claim against the Commission's decision.

SIGNATURE.....

NAME OF CANDIDATE.....

ROLL NO.....

DATE.....

महत्त्वपूर्ण सूचना

संयुक्त हायर सेकेंडरी स्तरीय परीक्षा (CHSL) -2020 के वह उम्मीदवार जो टंकण परीक्षा में उपस्थित होने और टंकण परीक्षण से छूट प्राप्त करना चाहतें है के सूचनार्थ .

सीएचएसएल परीक्षा, 2020 के टियर -2 में सफल उम्मीदवार, जो 'बेंचमार्क विकलांगता वाले व्यक्ति' हैं और जो शारीरिक विकलांगता के कारण टाइपिंग टेस्ट देने में स्थायी रूप से अक्षम हैं और टाइपिंग टेस्ट में उपस्थित होने तथा टंकण परीक्षण से छूट प्राप्त करना चाहते हैं तो निम्नलिखित दस्तावेजों की स्कैन प्रतियां: आयोग की इस **EMAIL ID –** ai2examsscwr@gmail.com , पर दिनांक 17-06-2022 तक प्रेषित कर दें ।

1. सक्षम मेडिकल अथॉरिटी, अर्थात् सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान के सिविल सर्जन से निर्धारित प्रमाण पत्र (परीक्षा की सूचना का अनुबंध XIII) में छूट के लिए मेडिकल सर्टिफिकेट

2. परीक्षा विज्ञप्ति के अनुबंध- VIII से अनुबंध- X के अनुसार निर्धारित प्रारूप में विकलांगता का प्रमाण पत्र, जैसा कि लागू हो

3. इस सूचना के साथ संलग्न प्रारूप के अनुसार वचनपत्र

वैकल्पिक रूप से, उम्मीदवार टंकण परीक्षण से छूट प्राप्त करने के लिए उपरोक्त दस्तावेजों (मूल और फोटोकॉपी) के साथ **01-07-2022** को कौशल परीक्षण के परीक्षा स्थल पर भी रिपोर्ट कर सकते हैं।

उम्मीदवारों को दस्तावेज सत्यापन के समय इन सभी दस्तावेजों को आयोग के समक्ष मूल रूप से प्रस्तुत करना आवश्यक है। यदि कोई उम्मीदवार दस्तावेज सत्यापन के दौरान उपरोक्त दस्तावेजों की मूल प्रति प्रस्तुत करने में विफल रहता है, तो आयोग इस परीक्षा के लिए ऐसे उम्मीदवार की उम्मीदवारी को रद्द कर देगा और ऐसे उम्मीदवारों का आयोग के फैसले के सम्बन्ध में कोई दावा मान्य नहीं होगा।

वचनपत्र

मै ..... रोल नंबर _____ CHSLE 2020 परीक्षा का एक उम्मीदवार हूँ और परीक्षा के नोटिस के पैरा 13.7.7.7 के अनुसार, टाइप टेस्ट में उपस्थित होने और टाइपिंग परीक्षा से छूट का लाभ लेना चाहता हूँ, क्योकि मै क्योंकि मैं शारीरिक विकलांगता के कारण टाइपिंग देने में स्थायी रूप से अनफिट हूं। मैं परीक्षा के नोटिस के निर्धारित प्रारूप (अनुबंध - XIII) में अपेक्षित प्रमाण पत्र की एक प्रति जो की सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी जो की सरकारी स्वास्थ्य देखभाल संस्थान का सिविल सर्जन हो, के द्वारा जारी किया गया हो, साथ ही निर्धारित प्रारूप में प्रासंगिक चिकित्सा प्रमाण पत्र परीक्षा विज्ञप्ति के अनुलग्नक **X** से **XII** के अनुसार संलग्न कर रहा हूँ|

मैं यह भी वचन देता हूं कि मैं आयोग के समक्ष दस्तावेज सत्यापन के दौरान इन सभी दस्तावेजों को मूल रूप में प्रस्तुत करूंगा। यदि मैं इनको प्रस्तुत करने में विफल रहता हूं, तो आयोग इस परीक्षा के लिए मेरी उम्मीदवारी रद्द कर सकता है और आयोग के फैसले के खिलाफ मेरा कोई दावा नहीं होगा।

हस्ताक्षर .....

अभ्यर्थी का नाम.....

अनुक्रमांक .....

दिनांक .....

ANNEXURE-XIII

Form of Medical Certificate to be produced by the Persons with Benchmark Disabilities candidates who seek exemption from appearing in the Typewriting Test

This is to certify that Sh./Smt./Kum _____son/daughter/wife of Shri_____is suffering from _____.

Clinical diagnosis as a result of which he/ she has the following disabilities. (Brief description of his/ her disabilities) ----------

---

This is a permanent disability and the extent of his/ her disability works out to ____% of disability. This disability is likely to interfere with Typewriting (specify)

Signature of Civil Surgeon:
Name:
(Official Stamp)
Place:
Date:

Photograph of candidate clearly showing face with affected portion of the body

Signature of candidate:
Name:
Roll Number:

ANNEXURE-X

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)

Recent passport size attested photograph (Showing face only) of the person with disability.

Certificate No. Date:

This is to certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____son/wife/daughter of Shri _____ Date of Birth (DD/MM/YY) _____ Age _____ years, male/female _____registration No. _____permanent resident of House No. _____ Ward/Village/Street_____ Post Office_____ District _____State_____, 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 _____

(C) he/she has _____ % (in figure) _____ percent (in words) permanent locomotor disability/dwarfism/blindness in relation to his/her _____ (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	of Issue	ls of authority issuing certificate

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

Signature/thumb impression of the person
in whose favour certificate of disability is issued