

स्थानान्तरण अधिनियम 2017 के अन्तर्गत वर्ष 2026

अपर सहायक अभियन्ता / कनिष्ठ अभियन्ता
(सिविल)

धारा 17 (एक) ख का (दो)

मानसिक रूप से विक्रिप्त एवं लाचार बच्चों के
माता-पिता

Sugam -1

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहलीस का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	नवनीत कुमार त्यागी	अपर सहायक अभियन्ता	अधिशाली अभियन्ता निर्माण खण्ड लो०नि०वि० नरेन्द्रनगर	देहरादून/ ऋषिकेश	अधिशाली अभियन्ता अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० ऋषिकेश	<input type="checkbox"/> धारा के नाम के आगे सही लगाये <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) ✓ <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण पुत्र का दिव्यांग प्रमाण पत्र	विकल्प में रिक्त ना होने की स्थिति में निर्माण खण्ड लो०नि०वि० नरेन्द्रनगर में यथावत रखा जाय।

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सूक्ष्म स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- नवनीत कुमार त्यागी
 पदनाम- अपर सहायक अभियन्ता
 निर्माण खण्ड लो० नि० वि०
 नरेन्द्रनगर

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)

नाम- Rimal
 पद- Executive Engineer
 Const. Divn. P.W.D.
 Nareन्द्रnagar
 17/4/26

अधिशाली अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०
 नरेन्द्रनगर



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
All India Institute of Medical Sciences, Rishikesh

charges @ Rs. 10/- valid for a calander year

Registration no	93669/05/15
Date	05/05/15
Name of the Patient	Aviral Tyagi
Father's / Husband Name	Navneet Kumar Tyagi
Age / Gender	13 Years Male
Address	822 Avas Vikas, RKSH
Aadhar Card No.	
Contact No.	9412902388
Email - ID	
Department	Pediatrics
Doctor Name	Dr. Jagdish Prasad Goyal

Aviral Tyagi

Dr. JAGDISH PRASAD GOYAL
Assistant Professor
Department of Pediatrics
All India Institute of Medical Sciences
Rishikesh (U.K.)

- KIC /o Tuberos Sclerosis

- Or AED (To pass, Epilox & Fosphen) (5mg/kg) (200/1000) (10mg/1000)

- Frequency of consultation need for last.
1 month

कुष्ठ रोग साध्य है ।

Office of the Chief Medical Officer, Dehra Dun

No. C.M.O./M-2/DPD/2009-10

Dated 23/3/2011

HANDICAPPED CERTIFICATE

Handicapped certificate in accordance with GO No. 07-4/Karnik/dated 20.5.78



We examined Shri/Smt. Mrs. Anish Tyagi
Aged about 8 yrs. years S/o, D/o, W/o Shri. Navneet Tyagi
R/o. 822 Anand Nikash Colony, Roorkee,
Dehradun, whose signature is given below and certify that he/she is case
of C.P. & M.R.
Disability is about 77.0 %

We certify that he/she is permanently physically handicapped person.

Signature of the candidate.
Attested

Chief Medical Officer
Dehradun (Chairman)

Eye Surg. Doon Hospital
Dehradun (Member)

Sr. Orth. Surg. Doon Hospital
Dehradun (Member)



क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	गैरा पुत्र दक्ष बेलवाल. आयु लगभग 16 वर्ष, वह गम्भीर रोग (मानसिक रोग) से ग्रस्त (50 प्रतिशत) है जिसकी Physo Therapy, Speech and Behavioural Therapy आदि का उपचार देहरादून में ही चल रहा है। जिसके अभाव में उसके मानसिक विकास पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा। मेरे पति भी दिमागाध्यक्ष कार्यालय, लो0नि0वि0 देहरादून में सहायक लेखाधिकारी के पद पर कार्यरत है। उसकी देखभाल हेतु मेरे और मेरे पति के अलावा परिवार में अन्य कोई सदस्य नहीं है। वह पूर्ण रूप से हम पर आश्रित है। मेरे पुत्र को अभी उक्त उपचारों की नितान्त आवश्यकता है। अतः श्रीमान से करवद्ध अनुरोध है कि मेरी घरेलू विषम परिस्थितियों के दृष्टिगत मुझे वर्तमान तैनाती स्थल पर ही कार्यरत रखने की कृपा करें ताकि मैं अपने पुत्र की उचित देखभाल/उपचार भी करा सकूँ।
1	2	3	4	5	6	8	9	
1	श्रुति बेलवाल	अपर सहायक अभियन्ता (सिविल)	क्वालिटी कन्ट्रोल खण्ड लोक निर्माण विभाग, देहरादून। सम्बद्ध कार्यालय कार्यक्रम निदेशक, पी0एम0यू0, बी0आई0आई0यू0, ए0डी0बी0, देहरादून	मुजफ्फरनगर	1- क्वालिटी कन्ट्रोल खण्ड लो0नि0वि0 देहरादून	<p>धारा के नाम के आगे लगाये</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो)</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन)</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार)</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच)</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः)</p> <p><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)</p>	<p>मुख्य चिकित्सा अधिकारी, देहरादून द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति</p>	

नोट:- कॉलम सं0-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लागू किया जा सकेगा।

Shruti

नाम- श्रुति बेलवाल

पदनाम- अपर सहायक अभियन्ता

सम्बद्ध कार्यालय कार्यक्रम निदेशक, पी0एम0यू0, बी0आई0आई0यू0, ए0डी0बी0, लो0नि0वि0 देहरादून

11.5.26
मुख्य अभियन्ता स्तर-1
पी0एम0यू0, बी0आई0आई0यू0, ए0डी0बी0, लो0नि0वि0, देहरादून

Office of the Chief Medical Officer, Dehra Dun

No. C.M.O./M-2/PD/2013-14 / 11181

Dated 24/09/2014

HANDICAPPED CERTIFICATE

Handicapped certificate in accordance with GO No. 07-4/Karmik/dated 20.5.78

NOT VALID FOR MEDICOLEGAL PURPOSE

FOR SOCIAL WELFARE SCHEMES ONLY



We examined Shri/Smt. DAKSH BELWAL

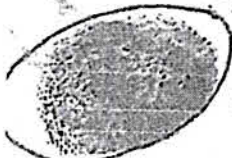
Aged about 05 years S/o, D/o, W/o Shri. RAMESH CHANDRA - WAL

R/o. P-II JAMUNA COLONY, DEHRADUN

Dehradun, whose signature is given below and certify that he/she is case of Mental Retardation (Mild)

Disability is about 50% (fifty percent).

We certify that he/she is permanently physically handicapped person.



L.T.I

Signature of the candidate, Attested

Self attested

Chief Medical Officer Dehradun (Chairman)

Eye Surg. Doon Hospital Dehradun (Member)

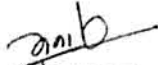
Dr. Yogendra Singh Thapliyai Sr. Orth. Surg. Doon Hospital Dehradun (Member) Regd. No.-28320

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

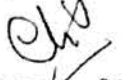
Durgam - 61

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
						धारा के नाम के आगे / लगाये	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	मनोज कुमार अपर सहायक अभियन्ता (010022199)	अपर सहायक अभियन्ता	प्रा0खण्ड, लो0नि0वि0 लैन्सडौन	पौडी गढ़वाल/ लैन्सडौन	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0, दुगडडा	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक)		<p>प्रार्थी वर्तमान में प्रा0खण्ड, लो0नि0वि0, लैन्सडौन (दुर्गम) क्षेत्र में कार्यरत है। स्थानान्तरण अधिनियम 2017 के अन्तर्गत वर्ष 2026 हेतु दुर्गम से सुगम में स्थानान्तरण की पात्रता सूची में प्रार्थी का क्रमांक संख्या-61 में अंकित है। स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 17(1)(ख) (दो) में निहित प्रावधानानुसार मेरा स्थानान्तरण क्र0सं0-01 में अंकित निर्माण खण्ड लो0नि0वि0, दुगडडा में करने की कृपा करें, उक्त धारा के अनुपालन में अवगत कराना है कि प्रार्थी का बड़ा पुत्र जो कि AUTISM SPECTRUM DISORDER से ग्रसित है। जिसकी धेरेपी आदि हेतु प्रार्थी को बार-बार मुख्यालय से बाहर जाना होता है। अतः अनुरोध है कि मेरा स्थानान्तरण निर्माण खण्ड दुगडडा करने की कृपा करें।</p> <p>महोदय, यदि प्रार्थी का स्थानान्तरण निर्माण खण्ड दुगडडा में होना सम्भव न हो तो 01 वर्ष हेतु स्थानान्तरण अधिनियम की धारा 17(1)(ख) (दो) में निहित प्रावधानानुसार मुझे यथावत प्रा0खण्ड लो0नि0वि0, लैन्सडौन में ही रहने दिया जाय।</p> <p>(संलग्न- DISABILITY CERTIFICATE</p>
2					प्रा0खण्ड, लो0नि0वि0 लैन्सडौन (यथावत)	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1)(ख)(दो)		
3						<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन)		
4						<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार)		
5						<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच)		
6						<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः)		
7						<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)		

हस्ताक्षर (कार्मिक)


मनोज कुमार
अपर सहायक अभियन्ता
प्रा0खण्ड, लो0नि0वि0
लैन्सडौन

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)


इ0 विवेक कुमार सिंह
अधिसासी अभियन्ता
प्रा0खण्ड, लो0नि0वि0
लैन्सडौन