

ਪੰਜਾਬ ਸਟੇਟ ਪਾਵਰ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਲਿਮਟਡ

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 291/17 ਅਧੀਨ ਐਸ.ਐਸ.ਏ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਗਿਆਪਨ ਅਧੀਨ ਐਸ.ਐਸ.ਏ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿਚ ਦਿਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਦਿਅਕ/ਤਕਨੀਕੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ:-

ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠ ਦਰਸਾਏ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ:-

ੳ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10<sup>th</sup> ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

ਅ) ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10<sup>th</sup> ਪੱਧਰ ਦੀ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ੲ) ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਡੀਐਮਸੀ ਅਤੇ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ਸ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ ਵਲੋਂ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਤਾ ਦਫਤਰ ਦੀ ਸਟੈਂਪ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ/ਨੰਬਰ ਵੀ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾਵੇ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ੲ ਅਨੁਸਾਰ)

ਹ) ਪਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਤਾਜ਼ਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਉਪ ਮੰਡਲ ਅਫਸਰ/ਸਿਵਲ ਜਾਂ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ- 1)

- Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਬੀ -2)

ਕ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬਚਿਆਂ ਲਈ:-

- 1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ।
- 2) ਜ਼ਿਲਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲ.ਡੀ.ਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।
- 3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-2 )।

ਖ) ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੋਤਰੇ/ਦੋਹਤਰੇ/ਦੋਹਤਰੀਆਂ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਸਮੇਤ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ ( ਅਨੈਕਸਚਰ ਡੀ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

ਘ) ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਪੋਰਟਸ ਪੰਜਾਬ, ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਿਹੜਾ (ਏ), (ਬੀ) ਅਤੇ (ਸੀ) ਗਰੇਡ ਅਤੇ ਉਸਨੇ ਇਸ ਇਵੈਂਟਸ ਵਿਚ ਪਹਿਲੀ, ਦੂਜੀ, ਤੀਜੀ ਪੁਜ਼ੀਸ਼ਨ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

ਙ) ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਹੀਣਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਈ)। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

**ਨੋਟ:-** ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ(ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

**ANNEXURE-'A'**

**FORM OF CASTE CERTIFICATE FOR SCHEDULED CASTE/TRIBES**

It is certified that Sh. /Smt./ Kumari\_\_\_\_\_

Son/Daughter of Sh \_\_\_\_\_.

of village/Town\_\_\_\_\_ District/Division\_\_\_\_\_

State of Punjab belongs to\_\_\_\_\_Caste which has been recognized as Scheduled Caste as per "The Constitution (Scheduled Castes) order, 1950".

1. Sh./Smt./Kumari\_\_\_\_\_and/his/her family lives in village/town\_\_\_\_\_ District/Division\_\_\_\_\_of Punjab State.

Signature\_\_\_\_\_

Name\_\_\_\_\_

Designation\_\_\_\_\_

Office Stamp

Place-----

Date-----

**ANNEXURE-'B-I**

**FORM OF CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY A CANDIDATE BELONGING TO BACKWARD CLASS IN SUPPORT OF HIS CLAIM.**

**FORM OF CERTIFICATE OF BACKWARD CLASS**

This is to certify that Sh./Smt./Kumari \_\_\_\_\_ Son/Daughter of Sh. \_\_\_\_\_ Village/Town \_\_\_\_\_ Distt./Divn. \_\_\_\_\_ of the State of Punjab belongs to the \_\_\_\_\_ Caste which is recognized as a Backward Class in terms of Punjab Govt.letter No.1/41/93/RCI/2009 Dated 24.2.2009

2) This is also certified that he/she does not belong to any category of persons/sections mentioned in column 3 of the Schedule to Pb.Govt.Deptt. of Welfare letter No.1/41/93/RC 1/209 dt.24.2.09 & letter No.1/41/93/RC 1/609 dt.24.10.2013.

3) Sh./Smt./Kumari \_\_\_\_\_ and or his/her family ordinarily reside(s) in village/town \_\_\_\_\_ of Distt./Divn. \_\_\_\_\_ of the State of Punjab.

Place

State

Date

Signature-----

Designation-----

(with office seal of the officer concerned)

**Annexure B-2**

**FORM OF DECLARATION REGARDING BACKWARD CLASS STATUS**

I \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

S/O Sh./Smt. \_\_\_\_\_

Resident of. \_\_\_\_\_

belong to backward class ( \_\_\_\_\_ Caste) which has been declared as backward class by Govt. of Punjab. That no change occurred in my previous status and I do not fall in the section of creamy layer as per Punjab Govt. letter No. 1/41/93RC 1/459 dated 17.1.1994 and No. 10/9/2009 RC 1/62 dated 8.1.2010 and letter No.1/41/93/RC 1/609 dated 24.10.2013.

**Date :**

**Signature of applicant**

**AFFIDAVIT**

**ANNEXURE-'C-1'**

**Affidavit from the Ex-serviceman**

I \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ S/O Sh \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ resident of \_\_\_\_\_ do hereby solemnly affirm and  
declare as under:-

1. That I am Ex-serviceman released vide discharge order No. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_.
2. I have been working in the Army/Air/Force/Navy as \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ and was discharged on \_\_\_\_\_ grounds \_\_\_\_\_.
3. That any other Member of my family have not availed, any concession in respect of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my life .
4. That my son/daughter/wife do possess the requisite qualification for the post of Sub Station Attendant.
5. That in the event of the selection of Sub Station Attendant I undertake that any of my dependant will not avail/ take any further concession/post in Ex-serviceman quota in future.

DEPONENT

I \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ S/O Sh. \_\_\_\_\_ Solemnly  
affirm and declares that my above statement is correct to the best of my knowledge  
and belief. Nothing has been concealed in this declaration.

DEPONENT

**AFFIDAVIT**

**ANNEXURE-'C-2'**

**Affidavit from the Ex-serviceman (Dependent)**

I \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ S/O Sh \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ resident of \_\_\_\_\_ do hereby solemnly affirm and  
declare as under:-

1. That My Father/Mother/Husband is an Ex-serviceman released vide discharge order No. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_.
2. He have been working in the Army/Air/Force/Navy as \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ and was discharged on \_\_\_\_\_ grounds \_\_\_\_\_.
3. That I have not availed any concession in respect of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my life either by me or any other Member of my family.
4. That I do/do not possess the requisite qualification for the post of Sub Station Attendant,
5. That in the event of the selection of Sub Station Attendant, I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post I for me or any of my dependant against reserve category quota/seal for Ex-serviceman in future.

DEPONENT

I \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ S/O Sh. \_\_\_\_\_  
Solemnly affirm declare that my above statement is correct to the best of my knowledge and belief. Nothing has been concealed in this declaration

DEPONENT

**Annexure D**

ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ

(ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਕੋਟੇ ਦੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ)

ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ.....

ਵਾਸੀ.....ਦਾ ਹਾਂ। ਜੋਕਿ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ.....ਸ੍ਰ:..... ਜੀ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਸਨ।
2. ਇਹ ਕਿ ਉਹ ਪੀ.ਪੀ.ਓ ਨੰ:..... ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਪੈਨਸ਼ਨ ਲੈਂਦੇ ਹਨ/ਸਨ।
3. ਇਹ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਡੀ.ਸੀ..... ਵਲੋਂ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦਾ ..... ਹੋਣ ਦਾ ਜੋ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨੰ:.....ਮਿਤੀ..... ਨੂੰ ਮਿਲਿਆ ਸੀ, ਉਸਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਜਾਂ ਅਰਧ ਸਰਕਾਰੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿਚੋਂ ਸਬੰਧਤ ਕੋਟੇ ਦੀ ਨੋਕਰੀ ਲੈਣ ਵਿਚ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ।

ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਉਪਰੋਕਤ ਦਿਤਾ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ ਮੇਰੇ ਇਲਮ ਤੇ ਯਕੀਨ ਮੁਤਾਬਿਕ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿਚ ਕੁਝ ਵੀ ਲੁਕਾ ਛੁਪਾ ਕੇ ਨਹੀਂ ਰਖਿਆ ਗਿਆ ।

ਮਿਤੀ:-

ਸਥਾਨ

ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ



## Annexure E

### FORMAT OF MEDICAL CERTIFICATE FOR PERSON WITH DIABILITIES (PwD)

NAME AND ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL \_\_\_\_\_

Certificate No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1. This is to certify that Smt/Shri/Kum \_\_\_\_\_  
son/daughter of Shri \_\_\_\_\_ age \_\_\_\_\_  
Male/Female having identification marks as below: \_\_\_\_\_  
is suffering from permanent disability of following category:

Paste here your recent  
colour photograph showing  
the disability (The  
photograph should be  
attested by the Chairperson  
of the Medical Board)

Signature of the candidate

- A. Locomotor or cerebral palsy:  
(i) BL – Both legs affected but not arms.  
(ii) BA- Both arms affected : a) Impaired reach b) Weakness of grip  
(iii) OL-One leg affected (right or left): a) Impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic  
(iv) OA- One arm affected (right or left): a) Impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic  
(v) BH- Stiff Back and hips (cannot sit or stoop)  
(vi) MW- Muscular Weakness and limited physical endurance.
- B. Blindness or Low Vision : (i) B-Blind (ii) PB- Partially Blind
- C. Hearing Impairment: (i) D-Deaf (ii) PD- Partially Deaf. (Delete the category whichever is not applicable)
2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/ not likely to improve. Re-assessment of this case is not recommended/ recommended after a period \_\_\_\_\_ years  
\_\_\_\_\_ months.
3. Percentage of disability in his/ her case is \_\_\_\_\_ Percent.
4. Smt./Shri/Kum \_\_\_\_\_ meets the following physical requirement for discharge of his/her duties :

- |                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| (i) F – can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| (ii) PP- can perform work by pulling and pushing.      | Yes/No |
| (iii) L – can perform work by lifting.                 | Yes/No |
| (iv) KC- can perform work by kneeling and crouching.   | Yes/No |
| (v) B – can perform work by bending.                   | Yes/No |
| (vi) S – can perform work by sitting.                  | Yes/No |
| (vii) ST- can perform work by standing.                | Yes/No |
| (viii) W – can perform work by walking.                | Yes/No |
| (ix) SE- can perform work by seeing.                   | Yes/No |
| (x) H – can perform work by hearing/speaking.          | Yes/No |
| (xi) RW- can perform work by reading and writing.      | Yes/No |

( Signature of Doctor)

Name :

Registration No.

Member, Medical Board

( Signature of Doctor)

Name:

Registration No.

Member, Medical Board

( Signature of Doctor)

Name :

Registration No.

Member/Chairperson,  
Medical Board

\* Please delete the words which are not applicable.

Place :

Date:

Counter Signature of the Medical Superintendent/CMO/Head of Hospital (with seal)