

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 290/17 ਅਧੀਨ ਐਲਡੀਸੀ/ਟਾਈਪਿਸਟ ਦੀ ਆਸਾਮੀਆਂ ਲਈ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਕਮੇਟੀ ਸਾਹਮਣੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹਨ

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਗਿਆਪਨ ਅਧੀਨ ਐਲਡੀਸੀ/ਟਾਈਪਿਸਟ ਦੀ ਆਸਾਮੀਆਂ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਦਿਅਕ 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 ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠ ਦਰਸਾਏ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ:-

ੳ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10ਵੀਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ਅ) ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10ਵੀਂ ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

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

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

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

3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵੱਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਚਰ-ਸੀ-2)

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

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

ਗ) 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।

ਘ) ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਰੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਰੀਣਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਈ)। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

- ਨੋਟ:-**
- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ 01.01.17 ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।
 - 2 ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ।

ਜੇਕਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਸਮੇਂ ਲੌੜੀਦੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਮੁਕੰਮਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਪੀਐਸਪੀਸੀਐਲ ਵੱਲੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

FORM OF CASTE CERTIFICATE FOR SCHEDULED CASTE

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-----

**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)

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 dt. 24.10.2013

Date:

Signature of Applicant

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'C-1'

Affidavit from 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
LDC/Typist

5. That in the event of the selection of LDC/Typist 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
declare 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 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 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 possess the requisite qualification for the post.
5. That in the event of the selection of, LDC/Typist I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post I for me or any of my dependent 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

ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ

(ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਕੋਟੇ ਦੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ)

ਮੈਂ.....ਪੁੱਤਰ.....

ਵਾਸੀ.....ਦਾ ਹਾਂ। ਜੋ

ਕਿ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ.....ਸ੍ਰੀ:..... 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

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)