

BOARD OF SCHOOL EDUCATION HARYANA, BHIWANI

Website:-www.bseh.org.in

HTET-2024

Email-assplexam@bseh.org.in

आवेदन पत्र-कम-अनुमति पत्र

Form SPL-1

दृष्टिहीन/अपने हाथों से लिखने में असमर्थ (40 प्रतिशत या उससे अधिक अक्षमता)
परीक्षार्थियों को लेखक (Scribe/Amanuensis) व Compensatory Time उपलब्ध करवाने के लिए

परीक्षा केन्द्र कोड : जिला :

परीक्षा केन्द्र का नाम : लेवल/विषय.....

- परीक्षार्थी का विवरण (जिसे लेखक एवं Compensatory Time उपलब्ध करवाया गया है) :-

अनुक्रमांक : नाम :

परीक्षा लेवल/विषय : परीक्षा तिथि :

लेखक एवं Compensatory Time उपलब्ध करवाने का कारण :

परीक्षार्थी की विकलांगता की प्रतिशतता एवं स्थिति (स्थायी/अस्थायी).....

- लेखक का विवरण :-

नाम :

पिता का नाम :

जन्म तिथि :

शैक्षिक योग्यता सम्बन्धी समस्त विवरण :

व्यवसायिक योग्यता सम्बन्धी विवरण :

पहचान के लिए उपलब्ध करवाए गए पहचान पत्र

का प्रकार एवं विवरण :

पत्राचार का पता :

स्थायी पता :

मोबाईल नं. :ई-मेल (यदि है) :

लेखक का नवीनतम
रंगीन फोटो केन्द्र
अधीक्षक प्रमाणित करें।

परीक्षार्थी के हस्ताक्षर/ Thumb Impression

प्रमाणित करता हूँ कि मैं न तो किसी प्रतियोगिता परीक्षा के लिए कोचिंग सेंटर का संचालन कर रहा हूँ और न ही किसी कोचिंग सेंटर में अध्यापन कार्य कर रहा हूँ। यह भी प्रमाणित करता हूँ कि परीक्षा के दौरान मैं जिस परीक्षार्थी के लिए लेखक का कार्य करूँगा, उसके बताए अनुसार ही प्रश्नों के उत्तर लिखूँगा और किसी भी अन्य तरीके से उसकी कोई सहायता नहीं करूँगा। मेरे द्वारा दिये गये उक्त विवरण पूर्ण तथा सत्य हैं।

हस्ताक्षर (लेखक)

उपरोक्त लेखक एवं Compensatory Time स्वीकृत किया जाता है।

हस्ताक्षर (केन्द्र अधीक्षक)

सलंगन : परीक्षार्थी द्वारा (Scribe/Amanuensis) व Compensatory Time देने के लिए दिया गया अनुरोध पत्र व चिकित्सा प्रमाण-पत्र, Appendix-G की प्रति।

BOARD OF SCHOOL EDUCATION HARYANA, BHIWANI

Website:-www.bseh.org.in

HTET-2024

Email-assplexam@bseh.org.in

आवेदन पत्र-कम-अनुमति पत्र

Form SPL-2

दृष्टिहीन/अपने हाथों से लिखने में पूर्णरूप से समर्थ नहीं है (40 प्रतिशत या उससे अधिक अक्षमता)
परीक्षार्थी को **Compensatory Time** उपलब्ध करवाने के लिए

परीक्षा केन्द्र कोड : जिला :

परीक्षा केन्द्र का नाम : लेवल/विषय.....

- परीक्षार्थी का विवरण (जिसे केवल **Compensatory Time** उपलब्ध करवाया गया है) :

अनुक्रमांक : नाम :

परीक्षा का नाम : परीक्षा तिथि :

Compensatory Time उपलब्ध करवाने का कारण :

परीक्षार्थी की विकलांगता की प्रतिशतता एवं स्थिति (स्थायी/अस्थायी).....

पत्राचार का पता :

स्थायी पता :

मोबाईल नं. : ई-मेल (यदि है) :

परीक्षार्थी के हस्ताक्षर/ Thumb Impression

उपरोक्त **Compensatory Time** स्वीकृत किया जाता है।

हस्ताक्षर (केन्द्र अधीक्षक)

सलंगन : परीक्षार्थी द्वारा **Compensatory Time** देने के लिए दिया गया अनुरोध पत्र व चिकित्सा
प्रमाण-पत्र, Appendix-G की प्रति।

APPENDIX-G

Certificate regarding physical limitation in an examinee to write

This is to certify that, I have examined Mr/Ms/Mrs

(name of the candidate with disability), a person with

(nature and percentage of disability as mentioned in the certificate of disability),

S/o/D/o a resident of
.....

(Village/District/State) and to state that he/she has physical limitation which hampers his/her writing capabilities owing to his/her disability.

Signature

Chief Medical Officer/ Civil Surgeon/Medical Superintendent of a
Government health care institution

Name & Designation.

Name of Government Hospital/Health Centre with Seal

Place:

Date:

Certificate should be given by a specialist of the relevant stream/disability (eg. Visual impairment- Ophthalmologist, Locomotor disability-Orthopedic specialist/PMR).