

ફોન નંબર : (૦૨૭૯૨) ૨૨૩૩૯૪

ફેક્સ નં. : (૦૨૭૯૨) ૨૨૩૩૯૪

ઈમેલ- dee\_amr@gujarat.gov.in

વેબસાઈટ -<http://employment.gujarat.gov.in>

ક્રમાંક:અરોક/વીજી/દિવ્યાંગએવોર્ડ-૧૯/૭૧૬૬૬(૭૭૦)  
જિલ્લા રોજગાર વિનિમય કચેરી,  
બહુમાળી ભવન, સી-બ્લોક, ૧લો માળ  
અમરેલી. તા. ૧૫/૭/૨૦૧૯

**વિષય :- દિવ્યાંગ પારિતોષિક સ્પર્ધા - વર્ષ ૨૦૧૯**

શારીરિક ક્ષતિ ધરાવતા શ્રેષ્ઠ કર્મચારીઓ, સ્વરોજગાર કરતી વ્યક્તિઓ તથા તેમને કામે રાખતા શ્રેષ્ઠ નોકરીદાતાઓ તથા શ્રેષ્ઠ પ્લેસમેન્ટ ઓફીસર્સ માટે રાષ્ટ્રીય/રાજ્ય દિવ્યાંગ પારિતોષિક સ્પર્ધા - ૨૦૧૯

શ્રીમાન,

જયભારત સાથે ઉપરોક્ત વિષયમાં દર્શાવેલ દિવ્યાંગ પારિતોષિક સ્પર્ધા - વર્ષ ૨૦૧૯માં ભાગ લેવા ઈચ્છતાં શારીરિક ક્ષતિ ધરાવતાં, મંદબુદ્ધિ વાળા, અંધ - બહેરા-મુંગા-રક્તપિત્ત ગ્રસ્ત, સ્વરોજગાર કરતી વ્યક્તિઓ તથા તેઓને કામે રાખનાર નોકરીદાતાઓ તેઓને નોકરી માં ધાળે પાડવા વિશિષ્ટ કામગીરી કરતા પ્લેસમેન્ટ ઓફીસરો માટેની રાષ્ટ્રીય / રાજ્ય પારિતોષિક એવોર્ડસ્પર્ધાની જાહેરાત વર્તમાન પત્રોમાં કરવામાં આવેલ છે.

ઉપરોક્ત હરીફાઈમાં ભાગ લેવા ઈચ્છતા ઉપર દર્શાવેલ વ્યક્તિઓ / કર્મચારીઓ, નોકરીદાતાઓ અને પ્લેસમેન્ટ ઓફીસરોએ નિયત નમુનામાં અરજી પત્રકો અલગ અલગ ભરવા ના થાય છે. અરજી પત્રકના નમુનાઓ આ સાથે સામેલ છે. સ્પર્ધામાંભાગ લેવા ઈચ્છનાર પાસે અરજી પત્રક તૈયાર કરાવી જરૂરી સાધનિક કાગળો સાથે આ કચેરીને તા. ૭/૮/૨૦૧૯ સુધીમાં મોકલી આપવા વિનંતી. તા. ૭/૮/૨૦૧૯ પછી મળેલ અરજીપત્રકો તથા અધુરી વિગતવાળા અરજી પત્રકો ધ્યાને લેવામાં આવશે નહીં જેની નોંધ લેવા તથા અરજીપત્રકો તા. ૭/૮/૨૦૧૯ સુધીમાં મળે તે રીતે જ મોકલવા વિનંતી.

પરીપત્ર નં: ૧૭૫

ક્રમાંક:અરોક/દિ.૫૪.૨૦૧૯-૨૦

તા:૧૬/૦૭/૨૦૧૯


પ્રતિ,

આચાર્યાશ્રી/આચાર્યશ્રી

તમામ માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળા

જિ. અમરેલી.

ઉપરોક્ત પરીપત્ર જાણ તથા અમલ સારુ,

  
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી  
અમરેલી

પરિશિષ્ટ-અ

રાજ્ય દિવ્યાંગ પારિતોષિક વર્ષ : ૨૦૧૯માં અંધ, અપંગ, બહેરા-મૂંગા, શારીરિક ક્ષતિ, મંદબુદ્ધિ તથા રક્તપિત્તમૂકત કર્મચારીઓએ ભરવાનું અરજીપત્રક.


૧. કર્મચારીનું પુરૂ નામ/સરનામું તથા મોબાઈલ/ ટેલીફોન નંબર :- શ્રી/શ્રીમતી/કુ.
૨. હાલની ઉંમર (જન્મતારીખ સાથે) :-
૩. જાતિ:- સ્ત્રી કે પુરૂષ :-
૪. શારીરિક ક્ષતિનો ચોકકસ પ્રકાર અને વિગત (ટકાવારી સહિત) :-
૫. શારીરિક ક્ષતિ કેટલી ઉંમરથી ધરાવો છો? (શક્ય હોય તો ચોકકસ વર્ષ જણાવો) :-
૬. શૈક્ષણિક, ટેકનીકલ લાયકાતો, અનુભવની વિગતો (પ્રમાણપત્રની ખરી નકલ બીડવી. શારીરિક ક્ષતિ થઈ તે પછીની મેળવેલ શૈક્ષણિક ટેકનીકલ લાયકાતો/અનુભવનો પણ સ્પષ્ટ નિર્દેશ કરવો.) :-
૭. હાલમાં જે કામ કરતા હોય તેની ચોકકસ માહિતી આપો :-
  - (અ) હાલમાં કયા હોદ્દા પર કામ કરો છો? :-
  - (બ) હાલની નોકરીમાં દાખલ થયા તારીખ :-
  - (ક) નોકરીદાતાનું નામ સરનામું અને ફોન નંબર :-
  - (ડ) નોકરીદાતા સરકારી ક્ષેત્રના છે કે ખાનગી ક્ષેત્રના, તે સ્પષ્ટ જણાવવું. :-
  - (ઘ) તમારે હાલ શું કાર્ય કરવાનું હોય છે તેની ટૂંકમાં વિગત:-
૮. તેમના ઉત્પાદનની / કામગીરીની સામાન્ય કર્મચારી સાથે સરખામણી:-
  - (અ) સશક્ત કર્મચારી કરતા ઓછું, વધુ, સરખું કામ આપો છો તેની માહિતી અને ટકાવારી દર્શાવવી. :-
  - (બ) ગેરહાજરીનું પ્રમાણ :-
૯. (અ) ઉપરી અધિકારી સાથે સહકારથી કામ કરે છે કે કેમ? :-
  - (બ) સહ કર્મચારીઓ સાથેના સંબંધો :-

ગાયાયાશ્રા/આચાર્યશ્રા

તમામ માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળા

જિ. અમરેલી.

ઉપરોક્ત પરીપત્ર જાણ તથા અમલ સારૂ,

  
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી  
અમરેલી

૧૦. (અ) કર્મચારીની સ્વતંત્ર રીતે કામ કરવાની સૂઝ :-

(બ) કર્મચારી તેની શારીરિક ક્ષતિને કારણે તેમની :-  
કામ કરવાની પરિસ્થિતિમાં કોઈ વધારે માંગણી  
કરેલ છે કે કેમ ?

(ક) કર્મચારીએ તેમની શારીરિક ક્ષતિને કારણે :-  
નિયત કરેલ વેતન કરતા વધારે વેતનની માંગણી  
કરેલ છે કે કેમ ?

(ડ) કર્મચારીની કામ અંગેની નિયમિતતા તથા :-  
શિસ્તપાલનની વૃત્તિ

(ઈ) કર્મચારી નોકરીદાતા સાથે કોઈ અંગત સંબંધ :-  
ધરાવે છે કે કેમ ? જો હોય તો કેવો ?

૧૧. તમારી જીવન ઝરમર ( દિવ્યાંગ થયા પછીના જીવન જીવવા :-  
માટેના સંઘર્ષની વિગતો સ્વયંસ્પષ્ટ મુદ્દાવાર ટૂંકમાં જણાવશોજી.)

(૧)

(૨)

(૩)

(૪)

(૫)

વિશેષ નોંધ :-

કર્મચારીની સહી અથવા અંગૂઠાનું નિશાન

નોકરીદાતાની સહી તથા  
નોકરીદાતાનો હોદ્દો  
(સ્ટેમ્પ લગાવવો)

નોકરીદાતાના એકમનો સિક્કો

તારીખ :-

સ્થળ :-

ખાસ નોંધ.

(૧) દિવ્યાંગ કર્મચારીએ પોતાની ખોડ દર્શાવતો ફોટો અવશ્ય બીડવો.

(૨) કર્મચારીએ તેમની શારીરિક ક્ષતિ અંગેનું દિવ્યાંગતાનું ૪૦% કે તેથી વધુનું સર્ટી. હોવું જોઈએ.)  
છેલ્લા ૩ માસની અંદરનું સીવીલ સર્જનનું દાકતરી પ્રમાણપત્ર અચૂક બીડવું.

(૩) દરેક કર્મચારીદીઠ ખોડના પ્રકાર (કેટેગરી) પ્રમાણે અલગ અલગ ફોર્મ ભરાવવા.

ANNEXURE-A  
PARTICULARS OF RECOMMENDED EMPLOYEE/SELF-EMPLOYED WITH  
DISABILITIES FOR NATIONAL AWARD: 2019

1	Name: (a) in English (in BLOCK Capital letters) (b) in Hindi	
2	Address: (a) Residential (b) Office	
3	Telephone numbers: (a) Residential (b) Office	
4	FAX Number: (a) Residential (b) Office	
5	E-mail address, if any	
6	Sex	
7	Date of Birth/Age	
8	Nature/Category of disability	
9	Percentage of disability(Certificate of competent authority to be attached)	
10	Qualification: (a) Academic (b) Technical Qualifications acquired after onset of disability should be clearly indicated. (Certificate and testimonial should be attached)	
11	Trainings received, if any: (a) Name of the Institution/Organization (b) Name of the Course (c) Duration of the course II (a) Name of the Institution/ Organization (b) Name of course (c) Duration of the course	
12	Details of experience gained informally	
13	Whether employee or self-employed	
14	If employee : (a) Name of the Employer (b) Designation or Post held (c) Scale of pay and salary drawn (d) Nature of work engaged on (e) How does his/her productivity compare to that of his non-disabled counterparts in percentage of 10% more or less. (f) Relations with fellow-employees (g) Independence in work (encircle the grading option)	Very Good Good Poor
	(h) Mobility and self care remarks including a brief life sketch of about 200 words of the candidate	Very Good Good Poor

આચાર્યશ્રી/આચાર્યશ્રી

તમામ માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળા

જિ. અમરેલી.

ઉપરોક્ત પરીપત્ર જાણ તથા અમલ સારુ,

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી

અમરેલી



	highlighting his struggle against the disadvantage created by his disability (encircle the grading option)	
	(i) Punctuality and regularity in attendance(encircle the grading option)	Very Good Good Poor
	(j) Whether any incentive/reward/certificate given to the employee by the employer for his work during last three years. If yes, details thereof	
	(k) General assessment of the employee for last three years (encircle the grading option)	Very Good Good Poor
15.	If self-employed :	
	(a) Trade/Profession with which associated	
	(b) Monthly Income (Attach copy of last Income Tax Return filed/Income Certificate)	
	(c) How far you have upgraded your skill in that trade/profession with a view to absorb yourself fully as a Self-employed entrepreneur?	
	(d) Socio-economic problems/constraints being faced in the existing trade/profession to become a sustainable self-employed entrepreneur	
	(e) (i) Whether taken loan from any bank/financial institution of State/Central Government (give full details)	
	(ii) If yes, indicate the balance amount of loan to be repaid	
	(f) Have you ever been declared to be a defaulter to any nationalised bank/financial institution/cooperative bank	
16	If any National or State level Award received during last five years, then please mention:	
	(a) Name of the Award	
	(b) Conferring Agency	
	(c) Year of conferment	

**NOTE**

Signature of the applicant with date)

1. In case of self-employed persons with disabilities, the particulars may be duly certified by a Gazetted Officer of the Central/State Govt./Member of Parliament/Member of State Legislature/Municipal Councilor of Municipal Corp. etc.
2. Three copies of the photographs clearly showing disability of recommended employees/self-employed with disabilities, with bio-data be enclosed.
3. Application should be supported by a Medical certificate indicating the degree of total disability.

Signature of the recommending authority with date

( રાજ્ય પારિતોષિક માટે )

અરજી સ્વીકારવાની છેલ્લી તારીખ:- ૦૭/૦૮/૨૦૧૯

**GUJARAT STATE  
ANNEXURE-"A"**

**PARTICULARS OF EMPLOYERS OF THE HANDICAPPED FOR  
STATE AWARDS FOR THE YEAR : 2019**

1.	Year	
2.	Full Name, postal and telegraphic address of the organisation. (With Telephone No.)	Shri/Smt/Ku.
3.	Whether Government/ Public Sector Undertaking/ Private Sector	
4.	Nature of work undertaken by the Any Organisation.	
5.	Total number of employees in the Organisation.	<u>Male</u> <u>Female</u> <u>Total</u>
6.	Number of handicapped employees in the organisation with Categorywise and sex-wise.	<u>Male</u> <u>Female</u> <u>Total</u> (1) Blind (2) Deaf & Dumb (3) Orthopaedically (4) Mentally Retired (5) Leprosy Cured Total:- _____
7.	Nature of disability of the employees (if the organisation has employees with various disabilities, please indicate the number of employees with each disabilities)	<u>Male</u> <u>Female</u> <u>Total</u> (1) Blind (2) Deaf & Dumb (3) Orthopaedically (4) Mentally Retired (5) Leprosy Cured Grand Total:- _____
8.	Percentage of disabled employees as Compared with the total number of Employees.	
9.	Nature of work in which disabled Persons are employed.(Give Details)	
10.	Whether their service conditions are the same as those for others ?	
11.	Whether any modifications are made in the machinery and access is provided in the built environment.	
12.	Special effort made to train and employ handicapped persons so far and plans for future. (Give Details)	
13.	How does the productivity of handicapped Employees compare with that of Non-Handicapped employees ?	
14.	Remarks.	

Place:-

Date :-

( Signature )

Office Stamp & Seal.

નોંધ:-

એકમમાં નોકરી કરતા અંધ, બેરા મૂંગા, અસ્થિ અપંગ તથા રક્તપિત્ત મુકત તમામ કર્મચારીઓની યાદી ફોર્મ સાથે નોકરીદાતાનાં સહી સિક્કા સાથે અવશ્ય બીડવી.