



ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકા (ગાં.મ.ન.પા.)

ગાંધીનગર

જાહેરાત ક્રમાંક: ૦૨ થી ૦૫/૨૦૨૩-૨૪ અંગેની વિગતવાર સુચનાઓ

(વેબસાઇટ એડ્રેસ <http://ojas.gujarat.gov.in>)

ગુજરાત સરકારશ્રીના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ દ્વારા શહેરી આરોગ્ય સેવાનું માળખું સુવ્યવસ્થિત કરવા માટે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકા (ગાં.મ.ન.પા) ખાતે “ગુજરાત અર્બન હેલ્થ પ્રોજેક્ટ” અંતર્ગતની જગ્યાઓ પર તદ્દન હંગામી ધોરણે ગુજરાત સરકારશ્રીની ૧૦૦% ગ્રાન્ટ આધારીત વર્ગ-૩ ની જગ્યાઓ કેટેગરી વાઇઝ ભરવા માટે ઉમેદવારો પાસેથી ઓનલાઇન અરજી પત્રકો તા.૨૧/૧૦/૨૦૨૩ (બપોરના ૧૪:૦૦ કલાક) થી તા. ૦૫/૧૧/૨૦૨૩ (સમય રાત્રિના ૨૩:૫૯ કલાક સુધી) સુધી મંગાવેલ હતા.

સદરહું ભરતી જાહેરાતના મુદ્દા નં. ૩. દિવ્યાંગ ઉમેદવારો માટે ના સંવર્ગવાર દિવ્યાંગતા (Benchmark Disability)ના કોષ્ટક નંબર (૨ થી ૫)માં દર્શાવેલ દિવ્યાંગતાના પ્રકાર ધરાવતા ઉમેદવારો અને આક્રમિક પરિસ્થિતિઓના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા હોય તેવા લખવા માટે અક્ષમ ઉમેદવારો નીચે જણાવ્યા અનુસાર લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા માટે અરજી કરી શકશે.

Benchmark Disability ધરાવતા દિવ્યાંગ ઉમેદવારો/ આક્રમિક પરિસ્થિતિઓના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા હોય તેવા લખવા માટે અક્ષમ ઉમેદવારો લહિયા/વળતરની સુવિધા મેળવવા માંગતા હોય તો તેઓએ આ સાથે સામેલ નિયત નમુના માં ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાને અરજી કરવાની રહેશે. સદર અરજી ફક્ત ઓનલાઇન ઇ-મેઇલ (esta.gmc@gmail.com) ના માધ્યમથી જ સ્વીકારવામાં આવશે. અન્ય કોઇ પણ રીતે ઉમેદવાર દ્વારા લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માટે કરવામાં આવેલ અરજી માન્ય રાખવામાં આવશે નહીં.

ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાની ભરતી જાહેરાત ક્રમાંક: ૦૨ થી ૦૫/૨૦૨૩-૨૪ અન્વયે ઉમેદવારી નોંધાવેલ દિવ્યાંગ ઉમેદવારો પૈકી CP- Cerebral Palsy, LV- Low Vision અને BA- Both Arm પ્રકારની દિવ્યાંગતા ધરાવતા ઉમેદવારોએ આ સાથે સામેલ અરજી ફોર્મ સાથે ફક્ત નિયત નમૂનાનું દિવ્યાંગતા અંગેનું સિવિલ સર્જનનું સર્ટીફિકેટ રજૂ કરવાનું રહેશે.

જ્યારે અન્ય પ્રકારની દિવ્યાંગતા ધરાવતા ઉમેદવારોએ આ સાથે સામેલ અરજી ફોર્મ સાથે નિયત નમૂનાનું દિવ્યાંગતા અંગેનું સિવિલ સર્જનનું સર્ટીફિકેટની સાથે નિયત નમૂનાનું **APPENDIX-1 ‘Certificate regarding physical limitation in an examinee to write’** સક્ષમ સત્તાધિકારીશ્રી પાસે સહિ તથા સિક્કો કરાવી રજૂ કરવાનું રહેશે.

તેમજ આક્રમિક પરિસ્થિતિઓના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા હોય તેવા લહિયા/વળતર સમયની સુવિધાઓ મેળવવા માંગતા ઉમેદવારોએ સિવિલ સર્જનના યોગ્ય પ્રમાણપત્ર સાથે લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર પુરાવા સહિત રજૂ કરવાનું રહેશે.આ પુરાવાના આધારે ઉમેદવાર લહિયાની સુવિધા મેળવવા પાત્ર છે કે નહિ તે અંગે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાએ નિર્ણય કરવાનો રહેશે તેમજ સદર નિર્ણય ઉમેદવારો માટે આખરી રહેશે.

ઉક્ત વિવિધ સંવર્ગોમાં ઉમેદવારી નોંધાવેલ ઉમેદવારોએ લહિયા/વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માટે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાની પૂર્વ મંજૂરી મેળવવા માટે તા.૧૯/૦૪/૨૦૨૫ થી તા.૨૯/૦૪/૨૦૨૫ સુધીમાં સામેલ રાખેલ નમૂના મુજબ અરજી કરવાની રહેશે.

સહી/-

નાયબ મ્યુનિસિપલ કમિશનર
ગાંધીનગર મહાનગર પાલિકા

તારીખ:૧૭/૦૪/૨૦૨૫

સ્થળ: ગાંધીનગર

બિડાણ: ૧. લહિયાની સુવિધા મેળવવા માટેનું ફોર્મ

૨. વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માટેનું ફોર્મ

૩. **APPENDIX-1 ‘Certificate regarding physical limitation in an examinee to write’**

૪. સામાન્ય વહીવટ વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક: પરચ/૧૦૨૦૦૮/૪૬૯૫૪૦/ગ-૨ મુજબ નિયત નમૂનાનું દિવ્યાંગતાનું પ્રમાણપત્ર

ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકા
લહીયાની સુવિધા માટેનું ફોર્મ

- અગત્યની સૂચના: (૧) આ ફોર્મ ડાઉનલોડ કરીને, ફોર્મ સાથે ઉમેદવારનું દિવ્યાંગતાનું તબીબી પ્રમાણપત્ર, લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર: APPENDIX-1 (Certificate regarding physical limitation in an examinee to write) તથા લહીયાના તમામ જરૂરી પ્રમાણપત્રો (ઉંમર, શૈક્ષણિક લાયકાત અને આઈ.ડી. પુફ) ની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાની કચેરીને મોકલવાની રહેશે.
- (૨) આકસ્મિક પરિસ્થિતિઓના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા, લખવા માટે અસમર્થ/લખવામાં તકલીફ હોય તેવા ઉમેદવારોએ લહીયાની સુવિધા મેળવવા માટે લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર પુરાવા સહિત રજૂ કરવાનું રહેશે. આ પુરાવાના આધારે ઉમેદવાર લહીયાની સુવિધા મેળવવા પાત્ર છે કે નહિ તે અંગે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાનો નિર્ણય આખરી રહેશે.
- (૩) સદરહું જાહેરાત અન્વયે સંબંધિત સંવર્ગ માટે નીચે કોષ્ટકમાં દર્શાવ્યા મુજબની શૈક્ષણિક લાયકાત ધરાવતા વ્યક્તિ જ લહીયા તરીકે માન્ય ગણાશે.

ક્રમ	પોસ્ટનું નામ	લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત
૧	ફીમેલ હેલ્થ વર્કર	ફક્ત ૧૦ પાસ
૨	મલ્ટી પરપઝ હેલ્થ વર્કર	ફક્ત ૧૦ પાસ
૩	ફાર્માસીસ્ટ	૧. જો ઉમેદવારે ડીપ્લોમા કોર્સ કરેલ હોય તો લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત ૧૦ પાસ ૨. જો ઉમેદવારે ડીગ્રી કોર્સ કરેલ હોય તો લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત ૧૨ પાસ (સામાન્ય પ્રવાહ)
૪	લેબ ટેકનીશિયન	૧. જો ઉમેદવારે ડીપ્લોમા કોર્સ કરેલ હોય તો લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત ૧૦ પાસ ૨. જો ઉમેદવારે ડીગ્રી કોર્સ કરેલ હોય તો લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત ૧૨ પાસ (સામાન્ય પ્રવાહ)

પરીક્ષાનું નામ:(જા.ક.).....(જગ્યાનું નામ અને વર્ગ),
ની જગ્યાએ ભરતી માટેની પ્રાથમિક કસોટી.

લહીયાની સુવિધા મેળવવા માંગતા ઉમેદવારની વિગત

- ૧ નામ :
- ૨ મોબાઇલ નંબર :
- ૩ જન્મ તારીખ :
- ૪ પત્ર-વ્યવહારનું પુરું સરનામું:
- ૫ ઇ-મેઇલ એડ્રેસ :
- ૬ એપ્લિકેશન નંબર :
- ૭ કન્ફર્મેશન નંબર :

લહીયાનો તાજેતરનો પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ લગાવવો અને તેના પર લહીયાએ અડધી સહી આવે તે રીતે સહી કરવી.

➤ લહીયાની વિગત

- ૧ લહીયાનું પુરું નામ :
- ૨ મોબાઇલ નંબર :
- ૩ લહીયાની શૈક્ષણિક લાયકાત:
(ગુણપત્રક (mark sheet) ની નકલ જોડવી)
- ૪ લહીયાની જન્મ તારીખ :
- ૫ પત્ર-વ્યવહારનું પુરું સરનામું:
- ૬ ઉમેદવાર સાથેનો સંબંધ (જો હોય તો) :
- ૭ ફોટો ઓળખકાર્ડ (આધાર કાર્ડ/
ડ્રાઇવીંગ લાયસન્સ/પાનકાર્ડ/પાસપોર્ટ):

ઉમેદવાર નો તાજેતરનો પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ લગાવવો અને તેના પર ઉમેદવારે અડધી સહી આવે તે રીતે સહી કરવી.

ઉમેદવારની સહી.....

લહિયાનું નિવેદન

હું આથી સોગંદપૂર્વક જાહેર કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. હું ખાતરી આપું છું કે, આ પરીક્ષા માટેની સૂચનાઓ મેં શ્રી/કુમારી/શ્રીમતી (ઉમેદવારનું નામ) ને વાંચી સંભળાવી છે તેમજ આ સૂચનાઓનું હું ચુસ્તપણે પાલન કરીશ.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી/અંગુઠાનું નિશાન
લહિયાનું નામ તથા સહી
તારીખ:

ઉમેદવારની બાંહેધરી

આથી હું શ્રી/કુમારી/શ્રીમતી.....(ઉમેદવારનું નામ) પ્રમાણિત કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાને મેં ઉપર રજૂ કરેલ કોઈ પણ માહિતી ખોટી, અપૂરતી કે સત્ય છૂપાવતી માલૂમ પડશે તો આ અંગે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાનો નિર્ણય મને માન્ય રહેશે.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી:.....
તારીખ:.....

પ્રમાણિત કરનાર ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાના સત્તાધિકારીની સહી તથા સિક્કો _____

પરીક્ષા ખંડમાં સહી મેળવવી					
ઉમેદવારનું નામ તથા સહી/અંગુઠાનું નિશાન:					
પ્રશ્નપત્ર	તારીખ	લહિયાનું નામ	લહિયાની સહી	ઇન્વીજીલેટરનું નામ	ઇન્વીજીલેટરની સહી
પ્રશ્નપત્ર-૧					

ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકા
વળતર સમય ની સુવિધા માટેનું ફોર્મ

અગત્યની સૂચના: (૧) આ ફોર્મ ડાઉનલોડ કરીને, ફોર્મ સાથે ઉમેદવારનું દિવ્યાંગતાનું તબીબી પ્રમાણપત્ર, લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર: APPENDIX-1 (Certificate regarding physical limitation in an examinee to write) ની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાની કચેરીને મોકલવાની રહેશે.

(૨) આકસ્મિક પરિસ્થિતિઓના કારણે હંગામી દિવ્યાંગતા ધરાવતા, લખવા માટે અસમર્થ/લખવામાં તકલીફ હોવા તેવા ઉમેદવારોએ વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા માટે લખવામાં તકલીફ હોવા અંગેનું તબીબી પ્રમાણપત્ર પુરાવા સહિત રજૂ કરવાનું રહેશે. આ પુરાવાના આધારે ઉમેદવાર વળતર સમયની સુવિધા મેળવવા પાત્ર છે કે નહિ તે અંગે ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાનો નિર્ણય આખરી રહેશે.

પરીક્ષાનું નામ:(જા.ક.).....(જગ્યાનું નામ અને વર્ગ),
ની જગ્યાએ ભરતી માટેની પ્રાથમિક કસોટી/મુખ્ય કસોટી

વળતર સમય મેળવવા માંગતા ઉમેદવારની વિગત

- ૧ નામ :
- ૨ મોબાઇલ નંબર :
- ૩ જન્મ તારીખ :
- ૪ પત્ર-વ્યવહારનું પુરું સરનામું :
- ૫ ઇ-મેઇલ એડ્રેસ :
- ૬ એપ્લિકેશન નંબર :
- ૭ કન્ફર્મેશન નંબર :

લહિયાનો તાજેતરનો
પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ
લગાવવો અને તેના પર
લહિયાએ અડધી સહી આવે
તે રીતે સહી બકરવી.

ઉમેદવાર નો તાજેતરનો
પાસપોર્ટ સાઇઝનો ફોટોગ્રાફ
લગાવવો અને તેના પર
ઉમેદવારે અડધી સહી આવે
તે રીતે સહી કરવી.

ઉમેદવારની બાંહેધરી

આથી હું શ્રી/કુમારી/શ્રીમતી.....(ઉમેદવારનું નામ)
પ્રમાણિત કરું છું કે, ઉપર દર્શાવેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી છે. ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાને મેં
ઉપર રજૂ કરેલ કોઇ પણ માહિતી ખોટી, અપૂરતી કે સત્ય છૂપાવતી માલૂમ પડશે તો આ અંગે ગાંધીનગર
મહાનગરપાલિકાનો નિર્ણય મને માન્ય રહેશે.

ઉમેદવારનું નામ તથા સહી

તારીખ:.....

પ્રમાણિત કરનાર ગાંધીનગર મહાનગરપાલિકાના સત્તાધિકારીની સહી તથા સિક્કો _____

APPENDIX-I

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 Care Centre with Seal

Place:

Date:

Note:

Certificate should be given by a specialist of the relevant stream, disability

(E g. Visual impairment – Ophthalmologist, Locomotor disability - Orthopedic specialist/PMR)

NAME & ADDRESS OF THE INSTITUTE / HOSPITAL
 Certificate No. _____ Date : _____
DISABILITY CERTIFICATE

This is to certify that Shri / Smt. / Kum. _____ Son/wife/daughter of Shri
 _____ Age : _____ Sex _____ identification mark (s) is suffering from
 permanent disability of following category :-

A. Locomotor or cerebral palsy :

- | | |
|--|----------------------|
| (i) BL - Both legs affected but not arms | (a) Impaired reach |
| (ii) BA - Both arms affected | (b) Weakness of grip |
| (iii) BLA - Both legs and both arms affected | (a) Impaired reach |
| (iv) OL - One leg affected (right or left) | (b) Weakness of grip |
| | (c) Ataxic |
| (v) OA - One arm affected | (a) Impaired reach |
| | (b) Weakness of grip |
| | (c) Ataxic |
| (vi) BH - Stiff back and hips (cannot sit or stoop) | |
| (vii) MW - Muscular weakness and limited physical endurance. | |

Attach here recent
 attested photograph
 showing the disability
 duly attested by the
 Superintendent/Civil
 Surgeon, Govt. Hospital

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.
 Reassessment of this case is not recommended / is recommended after a period of _____ years _____
 months. (Strik out which is not applicable).

3. Percentage of disability in his/her case is _____ Percent.

4. Shri / Smt. / Kum. _____ meets the following physical requirements for discharge
 of his / her duties :-

- | | |
|--|--------|
| (i) F-can perform work by manipulating with figures | 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 cratching | Yes/No |
| (v) B-can perform work by bending | Yes/No |
| (vi) S-can perform work by sitting (on bench or chair) | 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 |

Suprintendent / Civil Surgeon
 Govt. Hospital (With Seal)