Maharashtra State Board of Secondary & Higher Secondary Education
Kolhapur Divisional Board
Kolhapur-416004

महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ,
कोल्हापूर विभागीय मंडळ,
कोल्हापूर - ४१६ ००४

Ph No. 0231-2696101/2/3 WebSite : www.sscboardkolhapur.in Email: divsec.kop@gmail.com

क्र.कोविमं/12 वी परीक्षा/3472
दिनांक : 12 NOV 2024

प्रति,
प्राचार्य,
सर्व मान्यताप्राप्त कनिष्ठ महाविद्यालय,
सातारा, सांगली, कोल्हापूर.

विषय:- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.12 वी) परीक्षा फेब्रु-मार्च 2025 करिता प्रविष्ठ दिव्यांग विद्यार्थ्यांस सवलती देणेबाबत.....

संदर्भ:- 1) शासन निर्णय क्र.संकीर्ण-2017/(118/17)/एस.डी.-6 दि.16/10/2018
2) शासन पूरकपत्र क्र.संकीर्ण-2017/(118/17)/एस.डी.-6/भाग-1 दि.26/10/2018
3) राज्य मंडळ, पुणे यांचे क्र.रा.मं./परीक्षा-5/5148 दि.23/11/2023 रोजीचे पत्र
4) राज्य मंडळ, पुणे यांचे क्र.रा.मं./संशोधन/दिव्यांग/3924 दि.07/10/2024 रोजीचे पत्र

आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयामार्फत उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.12 वी) परीक्षा फेब्रु-मार्च 2025 परीक्षेस प्रविष्ठ दिव्यांग विद्यार्थ्यांना देण्यात येणाऱ्या सवलती मिळणेबाबतचे प्रस्ताव खालीलप्रमाणे मंडळ कार्यालयास सादर करावेत.

अ.क्र.	जादा वेळ व सवलतीचे गुण	लेखनिक, जादा वेळ व सवलतीचे गुण
1	कनिष्ठ महाविद्यालयाचे स्पष्ट शिफारस पत्र - कोणती सवलत हवी आहे याचा स्पष्ट उल्लेख पत्रात असावा.	कनिष्ठ महाविद्यालयाचे स्पष्ट शिफारस पत्र - कोणती सवलत हवी आहे याचा स्पष्ट उल्लेख पत्रात असावा.
2	दिव्यांग प्रमाणपत्राची प्रमाणित प्रत	दिव्यांग प्रमाणपत्राची प्रमाणित प्रत
3	मंडळाचा विहीत नमुन्यातील फॉर्म (जिल्हा शल्य चिकित्सक यांची स्वाक्षरी असलेला) **किंवा** केंद्र शासनाचे दिव्यांग विद्यार्थ्यांसंदर्भात स्वावलंबन प्रमाणपत्र (Unique Disability ID Card) ची प्रमाणित प्रत	मंडळाचा विहीत नमुन्यातील फॉर्म (जिल्हा शल्य चिकित्सक यांची स्वाक्षरी असलेला) **किंवा** केंद्र शासनाचे दिव्यांग विद्यार्थ्यांसंदर्भात स्वावलंबन प्रमाणपत्र (Unique Disability ID Card) ची प्रमाणित प्रत
4	--	लेखनिकाचा फोटोसह बोनाफाईड प्रमाणपत्र (लेखनिक त्याच कनिष्ठ महाविद्यालयातील इ.11वी चा विद्यार्थी असावा.)
5	--	लेखनिक हमीपत्र
6	--	लेखनिकाच्या पालकाचे संमतीपत्र

1) डायबेटीज (Diabetis Mellitus Type) आजार असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना प्रपत्र 22 मध्ये नमूद केलेल्या सवलती व्यतिरिक्त अधिकच्या सोयी सवलती देण्याबाबत शासन स्तरावरुन उपरोक्त संदर्भिय शासन शुध्दीपत्रक क्र.2 मध्ये नमूद केलेल्या आहेत. सदर सवलती आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातील दिव्यांग विद्यार्थ्यांना अवगत करुन द्यावी.
2) ज्या विद्यार्थ्यांकडे मंडळाचा विहीत नमुन्यातील फॉर्म 1 ते 5 (जिल्हा शल्य चिकित्सक यांची स्वाक्षरी असलेला) उपलब्ध नसेल अशा विद्यार्थ्यांचे केंद्र शासनाचे दिव्यांग विद्यार्थ्यांसंदर्भात स्वावलंबन प्रमाणपत्र (Unique Disability ID Card) ची प्रमाणित प्रत प्रस्तावासोबत सादर करण्यात यावी.
3) दिव्यांग विद्यार्थ्यांची परीक्षा आवेदनपत्रे भरताना दिव्यांग कोड न चुकता भरण्यात यावा अथवा तशी दुरुस्ती प्रिलिस्ट मध्ये दर्शविण्यात यावी.
4) परीक्षेच्या ऐनवेळी दुखापत/ अपघात झालेल्या विद्यार्थ्यास (उदा.बोट/हात/पाय फॅक्चर होणे) लेखनिक सवलत हवी असल्यास त्याने नजिकच्या शासकीय रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र सादर करणे बंधनकारक आहे. त्याशिवाय लेखनिकाची सवलत दिली जाणार नाही.

आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयातील दिव्यांग विद्यार्थ्यांचे परीपूर्ण प्रस्ताव दि.15/12/2024 अखेर मंडळ कार्यालयास टपालाव्दारे अथवा हस्तपोहोच सादर करावेत. प्रस्ताव सादर करताना वरील निकषांव्यतिरिक्त अन्य कोणत्याही कागदपत्रांची मागणी करु नये तसेच कोणताही दिव्यांग विद्यार्थी सवलतीपासून वंचित राहणार नाही याची दक्षता घ्यावी.

(सुभाष रा.चौगुले)
विभागीय सचिव,
कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर

सोबत :- 1) दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी 2) प्रस्ताव नमुना 3) मंडळाचे विहित नमुन्यातील दिव्यांग फॉर्म/प्रपत्र

प्रत माहितीस्तव तथा आवश्यक कार्यवाहीस्तव :
सर्व केंद्रसंचालक - उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र (इ.12 वी) परीक्षा फेब्रु-मार्च 2025 परीक्षेसाठी परीक्षा सुरु होण्यापूर्वी ऐनवेळी एखादा दिव्यांग विद्यार्थी प्रविष्ठ होण्यासाठी आपल्या परीक्षा केंद्रावर उपस्थित राहीला तर वरील निकषानुसार त्याला देय असणाऱ्या सर्व सवलती देण्यात याव्यात व त्याचा दिव्यांग प्रस्ताव या कार्यालयास कनिष्ठ महाविद्यालयामार्फत परीक्षा संपण्यापूर्वी सादर करण्यास सुचित करावे.

DISABILITY CODE AND THEIR DESCRIPTION

CODE	DISCRIPTION	
00	No Handicapped	दिव्यांग नाही
01	Blindness/Partial Blind	अंशत: अंध / पूर्णत: अंध
02	Leprosy Cured Persons	कुष्ठरोगातून बरे झालेले
03	Hearing Impairment - Deaf And Dumb	कर्णबधिर विद्यार्थ्यांसाठी
04	Locomotor Disability Including Orthoprdic Disability	अस्थिव्यंग
05	Dwarfism	शारिरीक वाढ खुंटणे
06	Intellectual Disability - Mentally Challenged	बौध्दीक अक्षम (मतिमंद)
07	Multiple Disabilites	बहुविकलांग
08	Mental Illness	मानसिक आजार
09	Autism Spectrum Disorder	ऑटिस्टिक (स्वमग्न)
10	Cerebral Palsy	सेरेबल पाल्सी
11	Muscular Dystrophy	स्नायुंची विकृती
12	Chronic Neurological Conditions	मज्जासंस्थेचे तीव्र आजार
13	Specific Learning Disabilites	अध्ययन अक्षम
14	Slow Learners/Intellectual Disability Border Line	गतिमंद
15	Multiple Sclerosis	मल्टीपल स्क्लेरॉसिस
16	Speech And Language Disability	वाचा व भाषा अक्षमत्व
17	Thalassemia/Cancer	थॅलस्सेमिया
18	Hemophilia	हिमोलिफिया
19	Sickle Cell Disease	सिकल सेल
20	Acid Attack Victim	ॲसिड ॲटॅक व्हिक्टिम
21	Parkinson's Disease	पार्किनसन्स
22	Other Disabilities	इतर आजार

जादा वेळ सवलतीसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्याचा अर्ज

दिव्यांग विद्यार्थ्याचा फोटो

प्रती,
प्राचार्य,
....
....
....

विषय :- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत

वरील विषयास अनुसरुन विनंती अर्ज करतो/करते की, मी .... इ.१२वी मध्ये आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयामध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलतीची आवश्यकता आहे. तरी, मला जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत प्रस्ताव महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ कार्यालयास पाठविण्यात यावा ही विनंती.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनीची स्वाक्षरी

प्राचार्यांचे शिफारसपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, आमच्या कनिष्ठ महाविद्यालयात इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेला/ असलेली विद्यार्थी / विद्यार्थीनी (नाव) .... दिव्यांग आहे. दिव्यांग प्रकार - .... दिव्यांग कोड - .... सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी ने उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत अर्ज केलेला आहे. तरी, सदर विद्यार्थ्यास / विद्यार्थीनीस जादा वेळेची सवलत घेणेबाबत शिफारस करण्यात येत आहे.

दिनांक : / /
ठिकाण :

प्राचार्यांची स्वाक्षरी व शिक्का

लेखनिक व जादा वेळ सवलतीसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्याचा अर्ज

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा फोटो

प्रती,
प्राचार्य,
....
....
....

विषय :- उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत

वरील विषयास अनुसरुन विनंती अर्ज करतो/करते की, मी .... इ.१२वी मध्ये आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालयामध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलतीची आवश्यकता आहे.

आपल्या कनिष्ठ महाविद्यालामध्ये इ.११ वी मध्ये शिकत असलेल्या (लेखनिकाचे नाव) .... विद्यार्थ्यास / विद्यार्थिनीस मला लेखनिक म्हणून घेण्यास परवानगी मिळावी आणि मला लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत प्रस्ताव महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ कार्यालयास पाठविण्यात यावा ही विनंती.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

विद्यार्थ्याची / विद्यार्थीनीची स्वाक्षरी

लेखनिक विद्यार्थ्याचे संमतीपत्र

लेखनिक विद्यार्थ्यांचा फोटो

मी (लेखनिक नाव) .... कनिष्ठ महाविद्यालयाचे नाव .... येथे शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत आहे. इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेल्या परीक्षार्थी नाव .... दिव्यांग असल्यामुळे सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक म्हणून काम करण्यास संमती आहे, असे लिहून देतो / देते.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

लेखनिक विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनीची स्वाक्षरी

लेखनिकाच्या पालकांचे संमतीपत्र

मी श्री./श्रीमती .... माझा/माझी पाल्य .... (लेखनिक नाव) .... या कनिष्ठ महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत आहे. इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेल्या परीक्षार्थी नाव .... दिव्यांग असल्यामुळे सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता माझ्या पाल्यास लेखनिक म्हणून देण्यास मी संमती देत आहे.

आपला / आपली विश्वासू,

दिनांक : / /
ठिकाण :

लेखनिक विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनीची स्वाक्षरी

प्राचार्यांचे शिफारसपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, आमच्या कनिष्ठ महाविद्यालयात इ.१२ वी मध्ये शिकत असलेला/ असलेली विद्यार्थी / विद्यार्थीनी (नाव) .... दिव्यांग आहे. दिव्यांग प्रकार - .... दिव्यांग कोड - .... सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी ने उच्च माध्यमिक प्रमाणपत्र परीक्षा फेब्रु-मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक व जादा वेळ सवलत मिळणेबाबत अर्ज केलेला आहे. तरी, सदर विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस जादा वेळेची सवलत घेणेबाबत आणि या कनिष्ठ महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ मध्ये इ.११वी चे शिक्षण घेत असलेल्या .... या विद्यार्थ्यास/ विद्यार्थीनीस लेखनिक म्हणून देण्यात माझी संमती/ शिफारस आहे.

दिनांक : / /
ठिकाण :

प्राचार्यांची स्वाक्षरी व शिक्का

FORM -I
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE VISUALLY IMPAIRED CANDIDATE

Attested Photograph

Certified that, I Dr. ---
Registration No. ---------------------- have this --------------- day of ----------- year 20 ------, examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. Extent of residual vision, if any : Right eye
   Left eye
7. On set of visual impairment (Please state whether visual impairment is from birth or acquired later. If it has been caused afterwards, the age and cause of visual impairment may be indicated)
   (For the purpose of concessions granted to visually impaired candidates, visually impaired are those who suffer from either of the following.)
   (a) Total absence of sight :
   (b) Visual acquity not exceeding 6/60 or 20/200 (Snellen) in the better eye with correcting lenses. :
   (c) Limitation of the field of vision substanding angle of 20 degrees or worse) :
8. Please mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is visually impaired who can be considered for the purpose of giving concessions, granted by the Board to Visually Impaired Candidate. :

Signature of Candidate
Place :
Date :

Signature of Opthalmologist
Designation :
Office Stamp :
Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

School Index No. / Jr. College Index No. :

Signature of Head Master/Principal and Stamp :

Attested Photograph

FORM -II
MEDICAL CERTIFICATE FOR THE HEARING IMPAIRED CANDIDATE

Certified that, I Dr. --
Registration No. ------------------- have this --------------- day of ------------ year 20 -----, examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's name :
6. An estimate of the residual hearing, if any, and the basis on which this estimate has been arrived at - : (a) Right ear : (b) Left ear :
7. Onset of deafness (Please state whether deafness is from birth or acquired later. If it has been caused afterwards, the age and cause of deafness may be indicated) :
   (For the purpose of concessions granted to hearing impaired candidates, hearing impaired are those, in whom the sence of hearing is non-functional for the ordinary purposes of life. Generally loss of hearing at 60 decibels or above at 500, 1000, 2000 frequencies will make residual hearing non-functional)
8. Please mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is hearing impaired for the purpose of giving concessions, granted by the Board to hearing impaired Candidates :
9. Please enclose audiogram chart :

Signature of Candidate
Place :
Date :

Signature of ENT Specialist
Designation :
Office Stamp :
Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

School Index No. / Jr. College Index No. :

Signature of Head Master/Principal and Stamp :

FORM -III
MEDICAL CERTIFICATE IN RESPECT OF AN ORTHOPEDICALLY (PHYSICALLY) HANDICAPPED OR SPASTIC CANDIDATE

For the purpose of concessions granted to orthopedically (physically) handicapped or spastic, the Orthopedically (Physically) Handicapped or Spastic are those who have physical defect or deformity which causes an interference with the normal functioning of bones, muscles and joints.

Certified that, I Dr. --- Registration No. -------------------- have this --------------------- day of ----------- year 20 ----------, examined the candidate whose particulars are given below and that he/she falls within the above definition :

1. Name of the Candidate :
2. Sex :
3. Approximate Age :
4. Identification mark :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. A. Nature of disability : :
   (Tick relevant from following List)
   POST-POLIO-PARALYSIS, HEMIPLEGIA, QUADRAPLEGIA, MALUNITIED, FRACTURE, NERVE PARALYSIS, UPPER EXTREMITY, LOWER EXTREMITY, LIMP, PAINFUL, SHORTENING, DEFORMITY, CONGENITAL, ACQUIRED, ABOVE KNEE, BELOW KNEE, HIP HEMIPELVECTOMY, SYMES, CHEOPARTS, WRIST, FINGERS, BELOW ELBOW, ABOVE ELBOW, SHOULDERS, FORE QUARTER, UNILATERAL, BILATERAL

   B. Extent of disability : :
   Estimate in percentage (mc.Bridge Scale)
   On Anatomical, Functional, (Patients Assessment, Examiner's Assessment) -
   Percentage (Please mention the percentage of disability and state whether the candidate is Orthopaedically (Physically) Handicapped or Spastic who can be considered for the purpose of giving concessions granted by the Board to Physically Handicapped / Spastic candidate :

   C. Use of Applicant : (Tick relevant from following list) :
   Calliper, Crutch, Above Knee, Below Knee, Prosthesis, Cane, Unilateral, Bilateral, Above Elbow, Below Elbow, Hemipelvectomy, Shoulder, Dis-Articulation

D. Any operation done or indicated :

E. Photograph (Attested) to be pasted below to show the nature of disability and any appliance if used.

7. Any other particulars to clarify that nature and extent of disability that the Surgeon might like to point out.:

Post Card Size
(Full Body Photograph)

Signature of Candidate

Place :

Date :

Signature of Orthopaedic Surgeon

Designation :

Office Stamp :

Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

School Index No. / Jr. College Index No. :

Signature of Head Master/Principal and Stamp :

Attested Photograph

FORM -IV

MEDICAL CERTIFICATE FOR THE CANDIDATES HAVING LEARNING DISABILITY

Certified that, we, Dr. ------------------------------------Regd. No. -----------------and Dr./ Special educator -----,-------------------------Regd. No./Licence No. ---------------- have, examined the candidate, whose particulars are given below, on the following dates independent of each other :

1. Name of the Candidate :
2. Sex :
3. Age in years and months :
4. a) Identification mark :
   b) Signature of the Candidate :
5. (a) Father's Name :
   (b) Mother's Name :
6. Nature and percentage of the disability :
   (Based on the tests devised by the Board comprising of a Neurologist, Child Psychologist and Special Educator)
   Please indicate the disability with a (√) (tickmark)

   (a) DYSLEXIA ☐

   (b) DYSGRAPHIA ☐

   (c) DYSCALCULIA ☐

We further recommend the following concessions to be permitted for the same.

Dyslexia :

The permission to conduct the examination with the use of a writer who will read out the question paper and take a dictation of the answer and the permission to offer Two Languages (one mother tongue / medium of instructions and the other second language) instead of three languages. For third language option of Work Experience according to Scheme of Subjects for these candidates may be granted.

Dysgraphia :

The permission to use a writer for answering the paper and the permission to offer Two Languages (one mother tongue / medium of instructions and the other Second Language) instead of three languages. For third language option of Work Experience according to Scheme of Subjects for these candidates may be granted.

Dyscalculia

The permission to opt Arithmetic for Std. VII (75 marks) and Work Experience (75 Marks) instead of Mathematics (Algebra and Geometry). No concession regarding any other subjects.

Signature of the examining neurologist and date :
Signature of the examining Paediatrician / :
Special Educator and Date :
Countersigned by Civil Surgeon and Date :
Signature of Head Master/Principal and Stamp :
School Index No. / Jr. College Index No. :

FORM - V

Medical Certificate for the Austistic Candidate

Attested Photograph

Certified that, I Dr. ____

Registration No. ________________ Dated ________________ have examined the candidate whose particulars are given below :

1. Name of the Candidate :

2. Sex :

3. Age/Approximate Age :

4. Identification Mark :

5. (a) Father's Name :

   (b) Mother's Name :

6. Extent of autism

7. Please mention the percentage of disability and state clearly whether the candidate is autistic and eligible to get concession granted by the Board to Autistic candidate :

Signature of the Candidate :

Place :

Date :

Signature of Specialized Doctor

Designation

Office Stamp

Address :

Countersigned by Civil Surgeon and Date :

School Index No. / Jr. College Index No. :

Signature of the Head Master / Principal and Stamp :

***