

# BOARD OF SCHOOL EDUCATION HARYANA, BHIWANI

Website:-www.bseh.org.in

Email-[assplexam@bseh.org.in](mailto:assplexam@bseh.org.in)

आवेदन पत्र-कम-अनुमति पत्र

Form SPL-1

दृष्टिहीन/अपने हाथों से लिखने में असमर्थ परीक्षार्थी (40 प्रतिशत या उससे अधिक अक्षमता)

परीक्षा केन्द्र कोड : ..... परीक्षा केन्द्र का नाम : .....

जिला : ..... परीक्षा का नाम.....

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

अनुक्रमांक : ..... नाम : .....

परीक्षा का नाम : ..... 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: .....

पहचान के लिए उपलब्ध करवाए गए पहचान पत्र

का प्रकार एवं विवरण : .....

पत्राचार का पता : .....

स्थायी पता : .....

लेखक का नवीनतम  
रंगीन फोटो केन्द्र  
अधीक्षक प्रमाणित करें ।

परीक्षार्थी के हस्ताक्षर

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) एवं Compensatory Time देने के लिए दिया गया अनुरोध पत्र व चिकित्सा प्रमाण-पत्र की प्रति।

# **BOARD OF SCHOOL EDUCATION HARYANA, BHIWANI**

Website:-www.bseh.org.in

Email-[assplexam@bseh.org.in](mailto:assplexam@bseh.org.in)

आवेदन पत्र-कम-अनुमति पत्र

Form SPL-2

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

परीक्षा केन्द्र कोड : ..... परीक्षा केन्द्र का नाम : .....

जिला : ..... परीक्षा का नाम.....

- परीक्षार्थी का विवरण (जिसे **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

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

हस्ताक्षर (केन्द्र अधीक्षक)

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