

विकलांग मतदाताओं के लिये फॉर्म

(विकलांग मतदाता द्वारा भरा जाये और संबंधित संसदीय निर्वाचन क्षेत्र के रिटर्निंग अधिकारी के कार्यालय में नोडल अधिकारी, विकलांग मतदाता को निम्नलिखित सूची के अनुसार भेजा जाये)

मतदाता का नाम	
ईपीआईसी (मतदाता फोटो पहचान पत्र) संख्या:	
लिंग:	
आयु:	
पता:	
संसदीय निर्वाचन क्षेत्र	
विधानसभा खंड:	
मतदान केन्द्र:	
ई-मेल (वैकल्पिक):	
विकलांगता की प्रकृति (कृपया <input type="checkbox"/> निषान लगाये)	
1. आर्थोपेडिक विकलांगता	
2. बोलने/सुनने की विकलांगता	
3. नेत्रहीनता/कम दृष्टि	
4. अन्य विकलांगता (कृपया उल्लेख करें)	
अपेक्षित सुविधायें (कृपया <input type="checkbox"/> निषान लगाये)	
1. सुगम और विशेष पहुँच	
2. व्हीलचेयर	
3. स्वयंसेवक की आवश्यकता	
4. मतदान कक्ष तक ले जाने के लिए साथी (विशेष रूप से रिश्तेदार)	
5. कोई अन्य (कृपया उल्लेख करें)	
मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त सूचना मेरी जानकारी एवं विश्वास से सही है। मैं यह जानता हूँ कि गलत जानकारी देने पर मुझ पर कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।	
दिनांक	मतदाता/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर