



ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪತ್ರ

ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾದುದು
ವಿಶೇಷ ರಾಜ್ಯ ಪತ್ರಿಕೆ

ಭಾಗ - ೧ Part - I	ಬೆಂಗಳೂರು, ಮಂಗಳವಾರ, ೨೪, ಜನವರಿ, ೨೦೨೩(ಮಾಘ, ೦೪, ಶಕವರ್ಷ, ೧೯೪೪) BENGALURU, TUESDAY, 24, JANUARY, 2023(MAGHA, 04, SHAKAVARSHA, 1944)	ನಂ. ೩೭ No. 37
---------------------	--	------------------

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ನಡವಳಿಗಳು

ವಿಷಯ:- ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತಗೊಳಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರೆ ವರ್ಗಗಳ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು (Blindness, Locomotor disability, Cerebral palsy and other categories of benchmark disabilities) ಹೊಂದಿರುವ ನೌಕರರು/ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗವು ನಡೆಸುವ ಇಲಾಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲು ಲಿಪಿಕಾರರ (Scribes) ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಓದಲಾಗಿದೆ:- ದಿನಾಂಕ: 11.02.2021ರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ 272 ಸೆನೆನಿ 2013.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಮೇಲೆ ಓದಲಾದ ದಿನಾಂಕ:11.02.2021ರ ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ 272 ಸೆನೆನಿ 2013ರಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ನೇರ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಲು ಆಯ್ಕೆ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನಡೆಸುವ ಲಿಖಿತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತಗೊಳಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರೆ ವರ್ಗಗಳ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು (Blindness, Locomotor disability, Cerebral palsy and other categories of benchmark disabilities) ಹೊಂದಿರುವ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಲಿಖಿತ ಸ್ಪರ್ಧಾತ್ಮಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲು ಲಿಪಿಕಾರರ (Scribes) ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಇತ್ಯಾದಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಆದೇಶಿಸಲಾಗಿದೆ.

2. ರಾಜ್ಯ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತಗೊಳಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರೆ ವರ್ಗಗಳ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು (Blindness, Locomotor disability, Cerebral palsy and other categories of benchmark disabilities) ಹೊಂದಿರುವ ನೌಕರರು / ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗವು ನಡೆಸುವ ಇಲಾಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲು ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಆದೇಶ.

ಸರ್ಕಾರದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ 12 ಸೆನೆನಿ 2023
ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 23.01.2023

3. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ರಾಜ್ಯ ಸಿವಿಲ್ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿನ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿ ನೇಮಕಾತಿ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತಗೊಳಿಸುವ

ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಇತರೆ ವರ್ಗಗಳ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗಳನ್ನು (Blindness, Locomotor disability, Cerebral palsy and other categories of benchmark disabilities) ಹೊಂದಿರುವ ನೌಕರರು/ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗವು ನಡೆಸುವ ಇಲಾಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮಾರ್ಗಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಈ ಮೂಲಕ ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ:

1. ಅಂಗವಿಕಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಅಧಿನಿಯಮ 2016ರ ಕಲಂ 2 (ಆರ್) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವಂತೆ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಬರವಣಿಗೆಯ ವೇಗವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅಸಮರ್ಥತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಇಚ್ಛೆಪಟ್ಟಲ್ಲಿ, ಆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಅವರಿಗೆ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು;
2. ಇಲಾಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವ ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗವು ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ (ಎರಡೂ ತೋಳುಗಳು ಪೀಡಿತ ಗೊಂಡಂತಹ-BA) ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು - ಈ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯೊಂದನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ನೌಕರನು ಇಚ್ಛೆಪಟ್ಟಲ್ಲಿ, ಅವರಿಗೆ ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು;
3. ಇತರೆ ವರ್ಗಗಳ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿದ ನೌಕರರ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ **ಅನುಬಂಧ-1**ರ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನೌಕರರು ಬರೆಯಲು ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯಿಂದ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದಲ್ಲಿ, ಅಂತಹ ನೌಕರರಿಗೆ ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸತಕ್ಕದ್ದು;
4. ಎದ್ದು ಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ನೌಕರರು ಲಿಪಿಕಾರರನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತೆ ಕೋರಿಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯ ಅನುಸಾರ ಆಯೋಗವು ಜಿಲ್ಲಾ/ವಿಭಾಗ/ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರರನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅವರ ಹೆಸರುಗಳ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಯೋಗವು ಒದಗಿಸಲಿರುವ ಲಿಪಿಕಾರ ಅರ್ಹನೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಅನುವಾಗುವಂತೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಎರಡು ದಿನಗಳ ಮೊದಲೇ ಲಿಪಿಕಾರರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೆ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು.
5. ಲಿಪಿಕಾರರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯು ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಥವಾ ತತ್ಸಮಾನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ. **ಲಿಪಿಕಾರರಾಗಿ ನೆರವು ನೀಡುವವರು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರಬಾರದು.** ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರನು ತನ್ನದೇ ಆದ ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ **ಅನುಬಂಧ-2** ರ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ತುರ್ತು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರನನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡಬೇಕು;
6. ಲಿಪಿಕಾರರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾದ ನೌಕರರಿಗೆ ಮತ್ತು ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರದ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರಿಗೆ ಪ್ರತಿ ಗಂಟೆಗೆ 20 ನಿಮಿಷಗಳ ಪರಿಹಾರ ಸಮಯವನ್ನು ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.
7. ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಲಿಪಿಕಾರನಿಗೆ ಆಯೋಗದಿಂದ ಒಂದು ಪ್ರವೇಶ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರನ ವಿವರಗಳು ಹಾಗೂ ಭಾವಚಿತ್ರವಿರತಕ್ಕದ್ದು;
8. ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರು ಸ್ವತಃ ಕರೆತರುವ ಲಿಪಿಕಾರನ ದುರ್ನಡತೆಗೆ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರೇ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾರೆ;
9. ಲಿಪಿಕಾರ ಹಾಗೂ ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರ ನಡುವೆ ನಡೆಯುವ ಸಂವಾದವು ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿನ ಶಾಂತಿಗೆ ಭಂಗ ತರಬಾರದು ಅಥವಾ ಅದೇ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಇತರೆ ನೌಕರರುಗಳಿಗೆ ತೊಂದರೆ ಉಂಟು ಮಾಡುವಂತಿರಬಾರದು;

4. ಇಲಾಖಾ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಡೆಸುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಕರ್ನಾಟಕ ಲೋಕಸೇವಾ ಆಯೋಗ ಹಾಗೂ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯುಳ್ಳ ನೌಕರರು ಮೇಲಿನ ಮಾರ್ಗಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪಾಲಿಸುವಂತೆ ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯಪಾಲರ ಆದೇಶಾನುಸಾರ
ಮತ್ತು ಅವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ,

(ವೀರಭದ್ರ)

ಸರ್ಕಾರದ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ,
ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಆಡಳಿತ ಸುಧಾರಣೆ ಇಲಾಖೆ,
(ಸೇವಾ ನಿಯಮಗಳು-1).

ಅನುಬಂಧ-1

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ 12 ಸೆನೆನಿ 2023, ದಿನಾಂಕ: 23.01.2023ರ ಖಂಡಿಕೆ 3ರಂತೆ)
**ಅಂಗವಿಕಲ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಇಲಾಖಾ ಪರಿಶೀಲನೆಯನ್ನು ಬರೆಯಲು ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆ
ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ**

(ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಚಲನವಲನ ವೈಕಲ್ಯ (ಎರಡೂ ತೋಳುಗಳು ಪೀಡಿತಗೊಂಡಂತಹ BA)
ಮತ್ತು ಮೆದುಳಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು - ಈ ಎದ್ದುಕಾಣುವ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ
ನೌಕರರನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ)

ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯು, _____
(ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿರುವ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು
ಪ್ರತಿಶತ ಪ್ರಮಾಣ) ಅಂಗವೈಕಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ / ಕುಮಾರಿ
_____ (ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರ ಹೆಸರು)
_____ (ಹುದ್ದೆ) _____ (ಇಲಾಖೆ)

ಇವರನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಇವರ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯು ಇವರ ಬರವಣಿಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು
ಕುರಿತಗೊಳಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತದೆ.

(ಸಹಿ)

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಟಿಪ್ಪಣಿ:

1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಸ್ಥಳ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ, ಮಂಡಳಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕು.
2. ಅಂಗವಿಕಲ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಹೊಂದಿರುವ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ಆಯಾಯಾ ಮಂಡಳಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಅನುಬಂಧ-2

(ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಸಿಆಸುಇ 12 ಸೆನೆನಿ 2023, ದಿನಾಂಕ: 23.01.2023ರ ಖಂಡಿಕೆ 5ರಂತೆ)

ತನ್ನದೇ ಆದ ಲಿಪಿಕಾರನ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಪತ್ರ

ನಾನು _____ ಆದ _____ ನಾನು
_____ (ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ಹೆಸರು) ಅಂಗವೈಕಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು,
_____ (ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಹೆಸರು) ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ _____ ಕ್ರಮ
ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ _____ (ಸ್ಥಳ, ತಾಲ್ಲೂಕು, ಜಿಲ್ಲೆ) ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿನ
_____ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾಗಲಿದ್ದೇನೆ.
ನಾನು _____ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ _____ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ
ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುವ ನನಗೆ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ /ಕುಮಾರಿ _____ (ಲಿಪಿಕಾರನ
ಹೆಸರು) ಇವರು ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಪಿಕಾರನ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂದು
ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಲಿಪಿಕಾರನ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯು _____ ಎಂದು ಮತ್ತು ಈ ಲಿಪಿಕಾರರು
ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

(ಅಂಗವಿಕಲ ನೌಕರರ ಸಹಿ)

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ: