

ਵਿਗਿਆਪਨ ਨੰ: ਸੀਆਰਏ 301/23 ਅਧੀਨ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿਚ ਦਰਸਾਈ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਕਮੇਟੀ ਸਨਮੁੱਖ ਖੁਦ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ :-

ੳ) ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਦੀ ਇਕ ਨਵੀਂ Coloured ਫੋਟੋ।

ਅ) ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਮੈਟ੍ਰਿਕ/10ਵੀਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆਦਿ।

ੲ) ਮੈਟ੍ਰਿਕ ਪੱਧਰ/10ਵੀਂ ਪੱਧਰ ਦੀ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਪੰਜਾਬੀ ਪਾਸ ਕਰਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਕਿਸੇ ਸਿਖਿਆ ਬੋਰਡ ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਭਾਗ, ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਜਾਰੀ ਹੋਵੇ।

ਸ) ਵਿਗਿਆਪਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਨੈਸ਼ਨਲ ਅਪ੍ਰੈਟਿਸ਼ਿਪ ਇੰਨ ਲਾਈਨਮੈਨ ਟ੍ਰੇਡ ਵਿਚ ਪਾਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਅਤੇ ਡੀ.ਐਮ.ਸੀ।

ਹ) Valid photo identity proof i.e employer ID (Govt.), Driving license, Voter card, Aadhar Card and Passport issued by Govt. authorities.

ਕ) ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੇ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਦਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਤਾ ਦਫਤਰ ਦੀ ਸਟੈਂਪ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ/ਨੰਬਰ ਵੀ ਦਰਸਾਇਆ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਖ) ਪੱਛੜੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੱਛੜੀਆਂ ਜਾਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾਂ ਕੋਲ ਇਹ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਥਾਰਟੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ Creamy layer ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ (ਅਨੈਕਸਚਰ ਏ)

ਗ) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਖੁਦ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਬਚਿਆਂ ਲਈ:-

1) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਹੋਈ ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਬੁੱਕ

2) ਜ਼ਿਲਾ ਸੈਨਿਕ ਭਲਾਈ ਅਫਸਰ ਵੱਲੋਂ ਸਹਾਇਕ ਲਾਈਨਮੈਨ ਦੀ ਆਸਾਮੀ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਐਲ.ਡੀ.ਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਸਰਵਿਸਮੈਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

3) ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਵਲੋਂ ਹਲਫੀਆਂ ਬਿਆਨ (ਨਮੂਨਾ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ-1 ਅਤੇ ਅਨੈਕਸਚਰ-ਬੀ-2)

ਘ) ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਸੰਗਰਾਮੀ ਦੇ ਪੁੱਤਰ/ਪੋਤਰੇ/ਪੋਤਰੀਆਂ/ਦੌਹਤਰੇ/ਦੋਹਤਰੀਆਂ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਪੈਨਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

ਙ) ਖਿਡਾਰੀ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਇਸ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਪੋਰਟਸ, ਪੰਜਾਬ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਗ੍ਰੇਡੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਿਹੜਾ (ਏ), (ਬੀ) ਅਤੇ (ਸੀ) ਗਰੇਡ ਅਤੇ ਉਸਨੇ ਇਸ ਇਵੈਂਟਸ ਵਿਚ ਪਹਿਲੀ, ਦੂਜੀ, ਤੀਜੀ ਪੁਜ਼ੀਸ਼ਨ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈਕੇ ਆਉਣ।

ਚ) ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰਾਂ ਲਈ:-

ਅੰਗਹੀਣ ਉਮੀਦਵਾਰ ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜੋ ਕਿ **ਅਨੈਕਸਚਰ- ਸੀ** ਅਨੁਸਾਰ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟੋ ਘੱਟ 40% ਹੋਵੇ, ਪੇਸ਼ ਕਰਨਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਇਕ ਫੋਟੋ (5 X 7 ਇੰਚ ਦੇ ਸਾਈਜ਼ ਦੇ) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਸਾਫ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟ ਦਿੱਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਨੋਟ:-

- 1 ਹਰੇਕ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੈਟਾਗਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਮੀਦਵਾਰ ਵੱਲੋਂ ਡੋਮੀਸਾਈਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਕਿ ਮਿਤੀ 01.01.23 ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।
- 2 ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਤੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਕ ਇਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ।
3. ਜੇਕਰ ਉਮੀਦਵਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚੈਕਿੰਗ ਸਮੇਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਮੁਕੰਮਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਪੀਐਸਪੀਸੀਐਲ ਵੱਲੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

FORM OF DECLARATION REGARDING BACKWARD CLASS STATUS

I _____ DOB _____ S/O _Sh./Smt./_

_____ Resident of _____

_____ belong to backward class (_____ Caste)

which has been declared as backward class by Govt. of Punjab. That no change occurred in my previous status and I do not fall in the section of creamy layer as per Punjab Govt. letter No. 1/41/93RC 1/459 dated 17.1.1994 and No. 10/9/2009 RC 1/62 dated 8.1.2010 and letter No. 1/41/93/RC 1/609 dt. 24.10.2013 and notification no. 1/41/93-RC1/1093050/1 dated 24.10.2017

I hereby declare that, the information given above is true to the best of my knowledge and belief, and nothing has been concealed therein. I am well aware of the fact that, if the information given by me is proved faked/not true, i will be able for action as per Law.

Date:

Place:

Signature of Applicant

Name of the Applicant

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'B-1'

Affidavit from Ex-serviceman

I _____ DOB _____ S/O Sh _____
_____ resident of _____ do hereby solemnly affirm and
declare as under:-

1. That I am Ex-serviceman released vide discharge order
No. _____ dated_.

2. I have been working in the Army/Air/Force/Navy as _____ from
_____ to _____ and was discharged on
_____ grounds _____.

3. That any other Member of my family have not availed, any concession in respect
of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my
life.

4. That my son/daughter/wife do possess the requisite qualification for the post of
Assistant Lineman against CRA 301/23

5. That in the event of the selection of Assistant Lineman against CRA 301/23 , I
undertake that any of my dependant will not avail/ take any further concession/post
in Ex-serviceman quota in future.

DEPONENT

I _____ DOB _____ S/O Sh. _____ Solemnly affirm and
declare that my above statement is correct to the best of my knowledge and belief.
Nothing has been concealed in this declaration.

DEPONENT

AFFIDAVIT

ANNEXURE-'B-2'

Affidavit from Ex-serviceman (Dependent)

I _____ DOB _____ S/O Sh _____
_____ resident of _____ do hereby solemnly affirm and
declare as under:-

1. That My Father/Mother/Husband is Ex-serviceman released vide discharge order No. _____ dated _____.
2. He have been working in the Army/Air/Force/Navy as _____ from _____ to _____ and was discharged on _____ grounds _____.
3. That I have not availed any concession in respect of availing post against reserve categories meant for Ex-service-man throughout my life either by me or any other Member of my family.
4. That I do possess the requisite qualification for the post.
5. That in the event of the selection of Assistant Lineman against CRA 301/23, I undertake that I shall not avail/ take any further concession/post I for me or any of my dependent against reserve category quota/seal for Ex-serviceman in future.

DEPONENT

I _____ DOB _____ S/O Sh. _____ Solemnly
affirm declare that my above statement is correct to the best of my knowledge and
belief. Nothing has been concealed in this declaration.

DEPONENT

FORMAT OF MEDICAL CERTIFICATE FOR PERSON WITH DIABILITIES (PwD)

NAME AND ADDRESS OF THE INSTITUTE/HOSPITAL _____

Certificate No. _____ Date: _____

1. This is to certify that Smt/Shri/Kum _____
son/daughter of Shri _____ age _____
Male/Female having identification marks as below: _____
is suffering from permanent disability of following category:

Paste here your recent
colour photograph showing
the disability (The
photograph should be
attested by the Chairperson
of the Medical Board)

Signature of the candidate

- A. Locomotor or cerebral palsy:
(i) BL – Both legs affected but not arms.
(ii) BA- Both arms affected : a) Impaired reach b) Weakness of grip
(iii) OL-One leg affected (right or left): a) Impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic
(iv) OA- One arm affected (right or left): a) Impaired reach b) Weakness of grip c) Ataxic
(v) BH- Stiff Back and hips (cannot sit or stoop)
(vi) MW- Muscular Weakness and limited physical endurance.
- 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. Re-assessment of this case is not recommended/ recommended after a period _____ years _____ months.
3. Percentage of disability in his/ her case is _____ Percent.
4. Smt./Shri/Kum _____ meets the following physical requirement for discharge of his/her duties :

- | | |
|--|--------|
| (i) F – can perform work by manipulating with fingers. | 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 crouching. | Yes/No |
| (v) B – can perform work by bending. | Yes/No |
| (vi) S – can perform work by sitting. | 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 |

(Signature of Doctor)

Name :

Registration No.

Member, Medical Board

(Signature of Doctor)

Name:

Registration No.

Member, Medical Board

(Signature of Doctor)

Name :

Registration No.

Member/Chairperson,
Medical Board

* Please delete the words which are not applicable.

Place :

Date:

Counter Signature of the Medical Superintendent/CMO/Head of Hospital (with seal)