

**Composite Regional Centre for Persons with Disabilities**  
 (Dept. of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan),  
 Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)  
**IMHANS Campus, Medical College PO, Kozhikode – 673 008. Kerala**

ADMISSION NOTIFICATION 2016-17

Course	Duration of the course	No of Seats	Course Fee	Eligibility	Last Date of submission of application form
Certificate course in care giving (CCCG)	10 Months	25	Nil	10 <sup>th</sup> pass or equivalent	20/12/2016

RCI / Government of Kerala norms for Reservation of seats will be followed for CCCG Course. The application for admission can be obtained from the website [www.niepmid.tn.nic.in](http://www.niepmid.tn.nic.in) or Phone No: 0495- 2353345 / 9946809250. The downloaded application form duly filled in, shall be forwarded to The Director, CRC along with the required application fee, by way of Demand Draft in favour of The Director, CRC Payable at Kozhikode. Application without demand draft (for down loaded application only) and required copies of certificates will not be entertained.

Sd/-  
Director

**കോമ്പോസിറ്റ് റീജണൽ സെന്റർ ഫോർ പേഴ്സൺസ് വിത് ഡിസബിലിറ്റിസ്**  
 സാമൂഹ്യ നീതി ശാക്തീകരണ മന്ത്രാലയം (ദിവ്യാംഗൻ), ഭാരത സർക്കാർ  
 ഇംഹാൻസ് ക്യാമ്പസ്, മെഡിക്കൽ കോളേജ് പി ഒ. കോഴിക്കോട് 673 008

**അഡ്മിഷൻ നോട്ടീസ് 2016-2017**

കോഴ്സ്	കാലാവധി	സീറ്റുകളുടെ എണ്ണം	കോഴ്സ് ഫീസ്	യോഗ്യത	അവസാന തീയതി
സർട്ടിഫിക്കറ്റ് കോഴ്സ് ഇൻ കെയർ ഗിവിങ്	10 മാസം	25	ഇല്ല	10 ക്ലാസ് പാസ്സ് അല്ലെങ്കിൽ തത്തുല്യ യോഗ്യത	20/12/2016

സീറ്റുകളുടെ സംവരണം ആർ. സി. ഐ / കേരള സർക്കാർ നിയമ പ്രകാരം ആയിരിക്കും. വിശദ വിവരങ്ങൾക്ക് വെബ്സൈറ്റ് [www.niepmid.tn.nic.in](http://www.niepmid.tn.nic.in) സന്ദർശിക്കുകയോ, ഫോൺ നമ്പർ 0495-2353345 / 9946809250 മുഖാന്തരം ബന്ധപ്പെടുകയോ ചെയ്യുക. പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷകൾ, കോമ്പോസിറ്റ് റീജണൽ സെന്റർ ഫോർ പേഴ്സൺസ് വിത് ഡിസബിലിറ്റിസ് ഡയറക്ടറിനു അയക്കുക. ഇതോടൊപ്പം അപേക്ഷ ഫീസ്, ഡയറക്ടർ, കോമ്പോസിറ്റ് റീജണൽ സെന്റർ എന്ന പേരിൽ കോഴിക്കോടിൽ മാറാവുന്ന ഡിവിഡായി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അപൂർണ്ണമായതോ, അനുബന്ധ രേഖകൾ / ഡിവി ഇല്ലാത്ത അപേക്ഷകൾ നിരസിക്കപ്പെടുന്നതാണ്.

എസ്  
ഡയറക്ടർ

Application No. : .....



Composite Regional Center for Persons with Disabilities
(Dept. of Empowerment of Persons with Disabilities (Divyangjan),
Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)
IMHANS Campus, Medical College Post, Kozhikode, 673008, Kerala
Telephone :+91 4952353345.
E-mail: crckozhikode@gmail.com

APPLICATION FORM FOR ADMISSION INTO HRD COURSES

The filled in application form should be submitted on or before .....
The last date for sale of application form is .....
Application should be filled by candidate own hand writing.

Affix recent
Passport size
photograph of
candidate
duly signed

Certificate Course in Caregiving (CCCG)

1. Name of the Course applied for :

2. Specializations :

3. Name of the Candidate (In full block letters as given in High School Certificate):

First Name: [Grid for name entry]

Surname : [Grid for name entry]

4. Name of Father / Spouse (In full block letters as given in High School Certificate):

[Grid for father/spouse name]

Mother's Name: [Grid for name entry]

D D M M Y Y Y Y

5. Date of Birth : [Grid for date entry]

6. Complete Postal Address (in block letters):

House No. / Building/ Apartment. No. [Grid for address]

Street / Road / Lane : [Grid for address]

Village / City : [Grid for address]

District : [Grid for address]

[Grid for address]



**13. Languages Known:**

Languages	Speak	Read	Write
English			
Hindi			
Tamil			
Others			

**14. Enclose:**

Sl. No	Enclosures	Yes	No
1	10th Certificate		
2	+2th Certificate		
3	U.G Degree Certificate		
4	P.G Degree Certificate		
5	RCI Certificate		
6	OBC Certificate		
7	In-Service Candidates attach copies of ❖ Appointment Letter ❖ NOC- Certificate		

**DECLARATION**

I hereby declare that the information given above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I further declare that I shall abide by the rules and regulations of the Institute . I am aware that my admission will be cancelled in case the details furnished by me are proved to be wrong.

Date:

Place:

**Signature of the Applicant**

**Part-B**  
**ENDORSEMENT BY FORWARDING AUTHORITY**  
*(In case of In-Service candidates only)*

Certified that Mr./ Mrs./ Ms. \_\_\_\_\_ is working in our organization as \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. The application for admission to the training program leading to D.Ed/ B.Ed/ M.Ed/ M.Phil/ PGDEI/ PGODT/ BPT/ BOT/ B.ASLP is forwarded.

Date: 

--	--	--	--	--	--

Place: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

**Signature of the Forwarding Authority  
with Stamp of the Institution**