



**“आपकी बेटी हमारी बेटी”**  
**महिला एवं बाल विकास विभाग**  
**हरियाणा सरकार**  
**आवेदन पत्र**



लाभार्थी पहचान संख्या (डाटा प्रवृष्टि के समय आवंटित किया जाएगा।)

जिला  खण्ड

कृपया एक पर (✓) लगाएं  ग्रामीण  शहरी

1. प्रार्थी का नाम (माता/पिता/अभिभावक)

2. प्रार्थी का आधार नम्बर

3. लाभार्थी के पिता का नाम

4. लाभार्थी की माता का नाम

प्रार्थी की फोटो

स्थायी पता	पत्राचार पता
मकान संख्या <input type="text"/>	मकान संख्या <input type="text"/>
गली/सैक्टर/मोहल्ला <input type="text"/>	गली/सैक्टर/मोहल्ला <input type="text"/>
गांव/शहर <input type="text"/>	गांव/शहर <input type="text"/>
तहसील <input type="text"/>	तहसील <input type="text"/>
पिन कोड <input type="text"/> मोबाईल नं० <input type="text"/>	पिन कोड <input type="text"/> मोबाईल नं० <input type="text"/>
जिला <input type="text"/>	जिला <input type="text"/>
फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित <input type="text"/>	फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित <input type="text"/>
ई-मेल <input type="text"/>	ई-मेल <input type="text"/>

6. पहली/बड़ी लड़की का नाम

(दि०) (माह) (वर्ष)

7. पहली लड़की की जन्म तिथि-

8. पहली लड़की का आधार नं०

9. दूसरी लड़की का नाम (केवल एक लड़की होने पर लागू नहीं लिखिए)

(दि०) (माह) (वर्ष)

10. दूसरी लड़की की जन्म तिथि-

11. दूसरी लड़की का आधार नम्बर

12. तीसरी लड़की का नाम (केवल एक लड़की होने पर लागू नहीं लिखिए)

(दि०) (माह) (वर्ष)

13. तीसरी लड़की की जन्म तिथि-

14. तीसरी लड़की का आधार नम्बर

15. परिवार में कुल जीवित बच्चों की संख्या- लड़कों की संख्या  लड़कियों की संख्या

16. प्रार्थी की श्रेणी- अनुसूचित जाति  पिछड़ा वर्ग  अन्य   
 (कृपया केवल एक पर टिक लगाएं)

17. गरीबी रेखा से नीचे (बी.पी.एल.) हां  नहीं  यदि हां तो नं० लिखें   
 (कृपया हां या नहीं में से केवल एक पर टिक लगाएं)  
 गरीबी रेखा से नीचे (बी.पी.एल.) हां  नहीं

18. क्या घर में शौचालय है हां  नहीं

मैं  प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी तथ्यानुसार है। जानकारी के गलत पाए जाने पर मेरा आवेदन पत्र किसी भी समय पर रद्द किया जा सकता है।

आवेदक के हस्ताक्षर  
दिनांक :

सत्यापन

मैं प्रमाणित करती हूँ कि श्रीमती  पत्नी श्री  ने प्रथम/द्वितीय/तीसरी बेटे को जन्म दिया है तथा प्रथम/द्वितीय/तीसरी बेटे का नाम आंगनवाड़ी केन्द्र में पंजीकृत कर लिया गया है।

सुपरवाइजर/एल० एच० वी० के हस्ताक्षर  
नाम :   
दिनांक :

आंगनवाड़ी वर्कर/ए० एन० एम० के हस्ताक्षर  
नाम :   
दिनांक :

छानबीन

सुपरवाइजर द्वारा सत्यापन के आधार पर यह फार्म डी०पी०ओ० को भुगतान के लिये अग्रपेक्षित किया जाता है।

सहायक के हस्ताक्षर  
नाम :   
दिनांक :

सी०डी०पी०ओ०/एम०ओ०  
नाम :   
दिनांक :