

(प्रोफार्म भरकर केवल प्राधिकृत व्यक्ति को ही प्रस्तुत किए जाएं)

फार्म 1-ग

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत तृतीय किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

अनिवार्य क्षेत्र

1. लाभार्थी का नाम—.....

2. लाभार्थी का आधार/पहचान संख्या

उपलब्ध कराया गया पहचान साक्ष्य (यथोचित एक पर निशान लगाएं)

क) बैंक या पोस्ट ऑफिस का फोटो पासबुक

ख) मतदाता पहचान पत्र

ग) राशन कार्ड

घ) किसान फोटो पासबुक

ङ) पासपोर्ट

च) ड्राईविंग लाईसेंस

छ) पैन कार्ड

ज) मनरेगा जॉब कार्ड

झ) उसके पति सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र

ञ) राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र।

ट) राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान-प्रमाण पत्र

ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड

ड) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज।

नोट— इस किस्त के दावे के लिए वैकल्पिक पहचान पत्र केवल जम्मू और कश्मीर, असम और मेघालय में स्वीकार किए जाएंगे।

3. प्रसव की तारीख.....

4. क्या प्रसव सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा में हुआ है ? हाँ नहीं

क. यदि हां सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा का नाम.....

5. यदि योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है, तो हाँ पर निशान लगाएं। हाँ नहीं

(यदि नहीं, तो फार्म 1-क भरें) (यदि हां तो पावती स्लिप की प्रति संलग्न करें)

6 बच्चे/बच्चों का लिंग

क. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं)

6 बहुल जन्मों के मामले में निम्न भरें:

ख. पुरुष स्त्री

(कृपया निशान लगाएं) (जुड़वा बच्चों के मामले में)

ग. पुरुष स्त्री

(कृपया निशान लगाएं) (तीन बच्चों मामले में)

घ. पुरुष स्त्री

(कृपया निशान लगाएं) (एक साथ चार बच्चों के जन्म के मामले में)

7. टीकाकरण का प्रथम चक्र

क. बीसीजी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

ख. ओपीवी या समतुल्य/विकल्प हाँ नहीं

ग. डीपीटी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

घ. हेपेटाइटिस बी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

8. टीकाकरण के प्रथम चक्र की समाप्ति की तारीख.....

9. यदि लाभार्थी पहले किसी मृत बच्चे की रिपोर्ट करता है तो हाँ पर निशान लगाएं। हाँ नहीं

10. निम्नलिखित की प्रतियां संलग्न करें।

क. शिशु जन्म प्रमाण पत्र

ख. टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड

11. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र.....

12. कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण आंगनवाड़ी

आंगनवाड़ी केन्द्र का नाम/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम.....

आंगनवाड़ी केन्द्र कोड-.....

गांव/शहर का नाम-.....

ग्राम का कोड-.....

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों/आशा/एएनएम का नाम-.....

पो0 ऑफिस का नाम-.....

परियोजना का नाम-.....

जिला-.....

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र-.....

लाभार्थी द्वारा तीसरी किस्त के दावे की तारीख...../...../.....

पर्यवेक्षण/एएनएम को प्रस्तुत किए जाने की तारीख...../...../.....

13 संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची

क्र०	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज संलग्न फोटो काफी संलग्न की जानी है	संलग्न किए गए दस्तावेज
1	लाभार्थी का आधार कार्ड	
2	टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड	
3	शिशु जन्म प्रमाण पत्र	
4	पावती स्लिप	

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

पर्यवेक्षक/एएनएम द्वारा जांच

में श्रीमती ने फार्म में दी गई सूचना की जांच कर ली है तथा फार्म पूरा भरा गया है।

हस्ताक्षर

नाम

दिनांक

सेक्टर कोड.

..... ✕

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री /आशा/एएनएम)

गांव/शहर का नाम-

आंगनवाड़ी केन्द्र का कोड-

ग्राम का कोड-

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम-

पो0 ऑफिस का नाम-

सेक्टर का नाम-

परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम-

जिला-

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र-

श्रीमती (नाम) ने (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार

दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-सी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

.....