

नन्दा गौरा योजना का प्रारूप

(महिला सशक्तिकरण एवं बाल विकास विभाग उत्तराखण्ड)

प्रारूप- 01

(प्रथम चरण के लाभ प्राप्त करने हेतु आवेदन पत्र)

1. माता/पिता/संरक्षक का नाम-.....

2. पता-.....

3. परिवार के सदस्यों का विवरण-.....

क्र.सं0	सदस्यों का नाम	कन्या से सम्बन्ध	व्यवसाय/शिक्षा	आधार कार्ड नम्बर	मोबाईल नं0

4. कन्या शिशु का नाम-.....

कन्या का नाम परिवर्तित होने पर शपथ पत्र देना अनिवार्य है।

5. कन्या शिशु का स्थाई निवास (ग्राम/वार्ड)-.....

6. कन्या की जन्म तिथि- दिनांक माह..... वर्ष.....

7. जन्म पंजीकरण संख्या-.....

8. प्रसव कहाँ/किसके द्वारा करवाया गया-.....

(प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/उपकेन्द्र/अन्य चिकित्सालय)

9. माता/पिता/संरक्षक का आय प्रमाण पत्र क्रमांक संख्या.....

10. माता/पिता/ संरक्षक एवं कन्या शिशु का संयुक्त खाता संख्या.....

बैंक का नाम एवं शाखा..... आईएफसी कोड.....

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा "नन्दा गौरा योजना" के तहत समयान्तर्गत आवेदन प्रस्तुत किया जा रहा है। आवेदन पत्र में दी गई समस्त सूचनाएं पूर्णतया सही हैं। तथा भविष्य में होने वाली किसी भी त्रुटिपूर्ण सूचना हेतु मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी। मेरे द्वारा आवेदन पत्र प्रथम बार भुगतान हेतु प्रस्तुत किया जा रहा है, इससे पूर्व मेरे द्वारा कोई आवेदन नहीं किया गया है। आवेदन कन्या शिशु मेरी प्रथम/द्वितीय कन्या शिशु है।

हस्ताक्षर.....

आवेदन का नाम

मोबाईल नं0.....

दिनांक

आवेदन पत्र के साथ संलग्न किये जाने वाले प्रमाणित अभिलेखों की प्रति का विवरण-

1. स्थाई निवास प्रमाण पत्र

2. परिवार रजिस्टर की नकल

3. सरथागत प्रसव का प्रमाण पत्र

4. जन्म पंजीकरण का प्रमाण पत्र

5. आय प्रमाण पत्र

6. माता/पिता/संरक्षक के आधार कार्ड

7. अंगणवाड़ी कार्यकर्ता का प्रमाण पत्र

8. मातृशिशु प्रतिरक्षण/एमसी0पी (टीकाकरण) कार्ड

9. माता/पिता/संरक्षक की पासबुक

10. द्वितीय किस्त के समय कन्या शिशु का आधार कार्ड

11. माता/पिता दोनों के जीवित नहीं होने की स्थिति में कन्या शिशु के बैद्य संरक्षक के अभिलेख मान्य होंगे।

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र—

प्रमाणित किया जाता है। कि श्रीमती पत्नी श्री

निवासी

को मेरे आंगनवाड़ी केन्द्र..... पर..... माह की गर्भवती के रूप में

दिनांक पंजीकृत किया गया है। जिसकी पंजीकरण संख्या..... है।

इन्हें आंगनवाड़ी केन्द्र पर मिलने वाले समस्त लाभ यथा टीकाकरण, अनुपूरक पोषाहार, सन्दर्भ सेवायें प्रदान की जा रही है। इनके द्वारा दिनांक को कन्या शिशु को जन्म दिया है। यह इनकी

प्रथम/द्वतीय कन्या शिशु है आवेदिका द्वारा आवेदन पत्र प्रथम बार भुगतान हेतु प्रस्तुत किया जा रहा है, इससे पूर्व इनके द्वारा कोई आवेदन नहीं किया गया है।

दिनांक हस्ताक्षर.....

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/ मिनी कार्यकर्त्री/सहायिका का नाम

आंगनवाड़ी केन्द्र का नाम

मोबाईल नं०

सुपरवाइजर की संस्तुति

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा आंगनवाड़ी केन्द्र की पंजीकरण पंजिका से उपरोक्त का मिलान कर लिया गया है आवेदन पत्र संस्तुति सहित अग्रसारित।

दिनांक हस्ताक्षर.....

सुपरवाइजर का नाम

क्षेत्र का नाम

मोबाईल नं०