

(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
- ड.) पासपोर्ट
- च) ड्राइविंग लाइसेंस
- छ) पैन कार्ड
- ज) मनरेगा जॉब कार्ड
- झ) उसके पति का सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र;
- त्र) 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 दस्तावेज़।

नोट : इस किस्त के दावे के लिए वैकल्पिक पहचान पत्र केवल जम्मू और काश्मीर, 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 हां पर निशान लगाएं* : हां 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)

बहुल जन्मों के मामले में निम्न भरें:

- ख. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं) (जुड़वां 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: हां नहीं
ख. ओपीवी या समतुल्य/विकल्प: हां नहीं
ग. डीपीटी या समतुल्य/विकल्प: हां नहीं
घ. हेपाटाइटिस बी या समतुल्य/विकल्प : हां नहीं

8. टीकाकरण के प्रथम चक्र की समाप्ति की तारीख*: _____

9 .यदि लाभार्थी पहले किसी मृत बच्चे की रिपोर्ट करता है तो हां पर निशान लगाएं। हां. 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 केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम : _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड*: _____

गांव/शहर का नाम: _____

ग्राम कोड*: _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*: _____

पोस्ट ऑफिस का नाम : _____

परियोजना : _____

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:

क्र. सं.	संलग्न किए जाने हेतु दस्तावेज (फोटोकापी संलग्न की जानी हैं)	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

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

हस्ताक्षर

नाम

दिनांक

सेक्टरकोड

..... ✂ ✂

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

गांव/शहर का नाम*:

आंगनवाड़ी केंद्र कोड*:

गांव कोड*:

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*:

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

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान