

(भरा हुआ फार्म केवल अधिकृत व्यक्ति को प्रस्तुत किया जाना चाहिए)

फार्म 1-क

प्रधान मंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अंतर्गत पंजीकरण
एवं प्रथम किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

* अनिवार्य क्षेत्र

व्यक्तिगत विवरण

1. लाभार्थी का विवरण	2. पति का विवरण
i. क्या लाभार्थी के पास आधार कार्ड है?* <input type="radio"/> हां ; <input type="radio"/> नहीं यदि हां तो ,	i. क्या पति के पास आधार कार्ड है?* <input type="radio"/> हां ; <input type="radio"/> नहीं यदि हां तो ,
ii लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)* : _____	ii पति का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)* : _____
iii आधार संख्या* : _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)	iii पति के आधार कार्ड की संख्या*: _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)
यदि हां तो ,	यदि हां तो ,
iv आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)* : _____	iv आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)* : _____
v लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र के अनुसार) *: _____	v लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र के अनुसार) *: _____
vi पहचान संख्या*: _____ (पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)	vi पहचान संख्या*: _____ (पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)
vii. प्रदान किया गया पहचान साक्ष्य : क) बैंक या डाक घर की फोटोयुक्त पासबुक ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड घ) किसान फोटो पासबुक ङ) पासपोर्ट च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) पैन कार्ड ज) एमजीएनआरईजीएस जॉब कार्ड: झ) सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र;	vii. प्रदान किया गया पहचान साक्ष्य : क) बैंक या डाक घर की फोटोयुक्त पासबुक ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड घ) किसान फोटो पासबुक ङ) पासपोर्ट च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) पैन कार्ड ज) एमजीएनआरईजीएस जॉब कार्ड: झ) सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र;

ज) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र;	ज) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र;
ट) शासकीयपत्र शीर्ष पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र;	ट) शासकीयपत्र शीर्ष पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र;
ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड;	ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड;
ड) राज्य सरकार या संघ शासित प्रदेश के प्रशासन द्वारा विनिर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़	ड) राज्य सरकार या संघ शासित प्रदेश के प्रशासन द्वारा विनिर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़

3. पता (वर्तमान आवासीय पता)* :

हाउस नंबर/भवन/अपाटमेंट्स _____	स्ट्रीट/रोड/लेन _____
स्थल चिन्ह _____	क्षेत्र/स्थान/क्षेत्र _____
ग्राम/नगर/शहर _____	डाक घर _____
जिला _____	उप-जिला _____
राज्य/केंद्र शासित प्रदेश _____	पिन कोड _____

4. मोबाइल नंबर: _____
5. * आवेदन : 1 पहली किस्त ○; 2 दूसरी किस्त ○; 3 तृतीय किस्त ○
6. अंतिम मासिक धर्म (एलएमपी) दिनांक*: _____ (दिन/ माह/ वर्ष) (एमसीपी कार्ड की प्रति संलग्न करें) (यह पहली और / या दूसरी किस्त के दावे के लिए अनिवार्य है)
7. आंगनवाडी केंद्र/ग्राम /अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा केंद्र पर एमसीपी कार्ड के पंजीकरण की तिथि: _____ (दिन/ माह/ वर्ष) (एमसीपी कार्ड की प्रति संलग्न करें)
8. गर्भावस्था / प्रसव से पहले जीवित बच्चों की संख्या जिसके लिए इस योजना के अंतर्गत लाभ का दावा किया गया है*: _____
- 9 . श्रेणी * : अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य
- 10 बैंक/डाकघर के ब्यौरे (नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम दर्शाने वाली पास बुक के पृष्ठ की प्रति संलग्न करें) *:
- ग) आधार नम्बर से सृजित किसी भी रिपोर्ट में लाभार्थी के बैंक खाते, मोबाइल नंबर को xxxx xxxx 1234 प्रारूप में दर्शाया जाना चाहिए (केवल अंतिम 04 अंक ही सार्वजनिक रूप से दृश्यमान रिपोर्ट में दिखाई देने चाहिए)।
- i. बैंक / डाकघर खाते के अनुसार नाम : _____
- ii. खाता संख्या : _____
- iii. बैंक का नाम / आईपीपीबी शाखा का नाम : _____
- iv. शाखा का नाम (बैंक खाते के मामले में) : _____
- v. आईएफएससी कोड (बैंक खाता के मामले में): _____

vi. डाकघर का पता (पो.आ. के मामले में): _____

vii. डाकघर का पिन कोड (पो.आ. के मामले में): _____

viii. क्या डाकघर/बैंक खाता आधार से लिंक है? हां / नहीं

11 क्या लाभार्थी को पुरानी एमबीपी योजना में नामांकित किया गया था? हां / नहीं

12 यदि हां तो कृपया पुराने एमबीपी के अंतर्गत लाभार्थी को पहले से प्राप्त किस्त पर ✓ को अंकित करें ।

कोई नहीं

पहली किस्त (रुपये 3000/-)

दूसरी किस्त (रुपये 3000/-)

13. लाभार्थी द्वारा वचन *

मैं इसके द्वारा सत्यनिष्ठा से इसकी पुष्टि करती हूँ:

क. कि मैं केन्द्रीय / राज्य सरकार / सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम का कर्मचारी नहीं हूँ

ख. कि मैं अपने नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए पात्र नहीं हूँ

ग. नीचे दिए गए किसी भी एक का चयन करें,

i. जिस लाभार्थी के पास आधार है

मैं एतद द्वारा आधार अधिनियम, 2016 और तत्संबंधी विनियमों के अनुसार पीएमएमवीवाई के अंतर्गत लाभों का उपयोग करने के लिए संबंधित सूत्रों को मेरी पहचान की जांच करने और पुष्टि करने के लिए मेरे आधार का उपयोग करने हेतु अपनी सहमति देती हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।

या

ii जिस लाभार्थी के पास आधार नहीं है

मैं आधार के बदले वैध पहचान प्रदान कर रही हूँ। मैं यह पुष्टि करती हूँ कि इस आवेदन की तारीख को मेरे पास कोई आधार कार्ड नहीं है। मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपनी आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और मेरे आधार के विवरण जैसे ही मुझे उपलब्ध होते हैं, मैं उन्हें प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। अगर मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन नहीं कर पाई हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। मैं इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करती हूँ।

घ. कि मैंने इस योजना के अंतर्गत प्रावधानों का उल्लंघन करके आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

ड. मेरे द्वारा प्रदत्त बैंक खाता विवरण केवल मेरे निजी असाझाकृत बैंक खाते के लिए हैं।

च. इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के उद्देश्य से मैं अपनी गर्भावस्था के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति देती हूँ।

छ. _____ (पति का नाम, यथोक्त रूप में उल्लिखित) मेरे पति हैं और अगर बच्चे का जन्म होता है तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।

मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप **तारीख** **स्थान**

14. पति द्वारा वचनबद्धता*

मैं इसके द्वारा सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करता हूँ:

क. नीचे दिए गए किसी भी एक का चयन करें,

i. इसके द्वारा आधार अधिनियम, 2016 और तत्संबंधी विनियमों के अनुसार इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी पहचान स्थापित और अधिप्रमाणित करने के लिए और मेरे द्वारा संबंधित स्रोतों के माध्यम से दी गई जानकारी का सत्यापन करने हेतु अपनी सहमति देता हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से किसी को साझा नहीं करेगा।

या

ii. कि, आधार के बदले में मैं एक वैध पहचान प्रदान कर रहा हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख को कोई आधार कार्ड नहीं है। मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मैंने इसके लिए मेरी नामांकन आईडी प्रस्तुत की है और जैसे ही मुझे उपलब्ध होती है, अपना आधार विवरण को प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। अगर मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन नहीं कर सका हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। इसलिए मैं इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करता हूँ।

ख. कि मैंने इस योजना के अंतर्गत प्रावधानों उल्लंघन करके आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

ग. _____ (पत्नी का नाम, फार्म में यथोक्त रूप में उल्लिखित) मेरी पत्नी है और यदि वह बच्चे को जन्म देती है, तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।

मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार बिल्कुल सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप **तारीख** **स्थान**

15 लाभार्थी की सेहत पहचान पत्र : _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम द्वारा भरा जाने वाला ब्यौरा

16. आंगनवाड़ी केंद्र / अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का ब्यौरा

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम / अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा नाम : _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड* : _____

गांव / कस्बे का नाम : _____

ग्राम कोड* : _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता / आशा / एएनएम का नाम* : _____

डाकघर का नाम : _____

परियोजना : _____

जिला* : _____

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र * : _____

17. संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची :

क्रम सं.	संलग्न किये जाने वाले दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न की जाए)	दस्तावेज संलग्न हां नहीं लागू नहीं
1.	लाभार्थी का आधार कार्ड	
2.	लाभार्थी का पहचान पत्र (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
3.	पति का आधार कार्ड	
4.	पति का पहचान पत्र (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
5.	लाभार्थी की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
6.	पति की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
7.	एमसीपी कार्ड	
8.	नाम, अकाउंट नंबर और बैंक का नाम दर्शाने वाली पास बुक का पेज	

आंगनवाड़ी केंद्र / ग्राम में पीएमएमवीवाई के अंतर्गत पंजीकरण की तिथि (दिन / माह / वर्ष)*: _____ / _____ / _____

पर्यवेक्षक / एएनएम को प्रस्तुत करने की तिथि (दिन / माह / वर्ष)*: _____ / _____ / _____

हस्ताक्षर

तिथि:

स्थान:

पर्यवेक्षक / एएनएम द्वारा सत्यापन*

मैं, श्रीमती _____ ने इस फार्म में दी गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह फार्म विधिवत पूर्ण है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

क्षेत्र कोड:

----- ✂ ----- ✂ -----

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

गांव / टाउन नाम :

आंगनवाड़ी केंद्र कोड* :

ग्राम कोड*:

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम का नाम* :

डाकघर का नाम:

सेक्टर का नाम:

परियोजना / स्वास्थ्य ब्लॉक नाम :

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेशों*:

श्रीमती* _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा फॉर्म 1-क प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर

तिथि:

स्थान: