

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

फार्म-1 ख

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

* अनिवार्य क्षेत्र

1. मै, श्रीमती _____ (लाभार्थी का पंजीकृत नाम)* ने प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा/ग्राम _____ में पंजीकरण कराया है।
2. लाभार्थी का आधार/पहचान संख्या*: _____ (प्रमाण की प्रति संलग्न करें)
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) 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।
3. पी एम एम वी वाई के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम*: --/--/-- में पंजीकरण की तारीख
4. एएनसी* तारीख: --/--/--
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. पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख*: --/--/--
(एमसीपी कार्ड और आधार/पहचान कार्ड की प्रति संलग्न करें)*
7. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र : _____

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

8. आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों /आशा /एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण

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* : _____

9 संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची :

क्र. सं.	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज	संलग्न दस्तावेज
1.	लाभार्थी का आधार/पहचान कार्ड (पहचान कार्ड वही होना चाहिए जो योजना के अंतर्गत पंजीकरण के लिए प्रयोग किया गया है)	
2.	एमसीपी कार्ड एएनसी विवरण के साथ	
3.	पावती स्लिप	

आंगनवाड़ी केंद्र /ग्राम में पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख (दिन /माह /वर्ष)*:

सुपरवाइजर /एएनएम* को प्रस्तुत करने की तारीख: -----/-----/-----

हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

सुपरवाइजर /एएनएम* द्वारा जांच

मैं, श्रीमती _____ (सुपरवाइजर /एएनएम का नाम)* ने इस फार्म में दी गई सूचना की जांच कर ली है और फार्म पूरा भरा गया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

क्षेत्र कोड



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 : _____

क्षेत्र 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-बी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर दिनांक स्थान
