

## जननी सुरक्षा योजना प्रपत्र

यह प्रपत्र गर्भवती महिला के संस्थागत प्रसव हेतु चिकित्सालय में आने के समय ए.एन.एम./एल.एच.वी./स्टाफ नर्स द्वारा भरा जायेगा। घरेलू प्रसव के लाभार्थियों का प्रपत्र उस क्षेत्र की ए.एन.एम. द्वारा भरा जायेगा।  
सामान्य विवरण :-

- जनपद का नाम :-..... चिकित्सा इकाई का नाम :-.....
- 1) लाभार्थी का नाम :-..... 2) पति का नाम .....
- 3) आयु :-..... 4) एम.सी.टी.एस. नं० :-.....
- 5) जाति (कृपया सही का निशान लगायें) सामान्य  अनु०जाति   
अनु०जनजाति  अन्य पिछडा वर्ग
- 6) लाभार्थी का पूरा पता :- .....
- 7) पति का व्यवसाय :- .....
- 8) सम्पर्क हेतु व्यक्ति का नाम :-..... लाभार्थी से सम्बंध :- .....
- सम्पर्क हेतु मोबाइल नं० :-.....
- 9) लाभार्थी के रहने का स्थान ग्रामीण/शहरी (कृपया सही का निशान लगायें)
- प्रसव सम्बंधी विवरण (संस्थागत प्रसव हेतु) :-**
- 1) स्वास्थ्य इकाई पर लाभार्थी के आने की तिथि..... समय.....
- 2) स्वास्थ्य इकाई पर, लाभार्थी के आने का साधन 108/102/निजी साधन (कृपया सही का निशान लगायें)
- 3) क्या आशा स्वास्थ्य इकाई में लाभार्थी के प्रसव के दौरान उसके साथ आयी थी? हाँ/नहीं  
(ए.एन.एम./स्टाफ नर्स/एम.ओ. द्वारा प्रमाणित किया जाना है)
- 4) साथ आने वाली आशा का नाम व क्षेत्र :-.....
- 5) आशा का मोबाइल नं०:-.....
- 6) प्रसव की तारीख :-..... प्रसव का समय :-.....
- 7) प्रसव का प्रकार :- सामान्य/जटिल/सिजेरियन (कृपया सही का निशान लगायें)
- 8) मौजूदा प्रसव का क्रम :- 1/2/3/3 से अधिक (कृपया सही का निशान लगायें)
- 9) प्रसव के तुरन्त बाद नवजात का विवरण :-बच्चे का लिंग:-..... वजन:-.....  
जीवित ( ) मृत ( ) विकृति (हाँ/नहीं) यदि हाँ तो
- 10) यदि नवजात में को जन्मजात विकृति हो तो उल्लेख करें.....

प्रसव सम्पादित करने वाली ए.एन.एम./स्टाफ नर्स  
नाम व हस्ताक्षर

### बैंक खाता सम्बंधी विवरण:-

- 1) लाभार्थी का आधार कार्ड संख्या :-.....
- 2) लाभार्थी का आधार कार्ड लिंकड बैंक खाता संख्या :-.....
- 3) बैंक का नाम :-.....
- 4) संयुक्त खाते की स्थिति में खाता धारक का नाम :-.....
- 5) खाता धारक का लाभार्थी से सम्बंध :-.....

**नोट:-** जे.एस.वाई. लाभार्थी से निवास प्रमाण पत्र,आधार प्रमाण पत्र एवं बैंक की पास-बुक की छायाप्रति के अतिरिक्त कोई प्रमाण पत्र न लिया जाय। लाभार्थी के फोटोग्राफ की आवश्यकता नहीं है।

अधीक्षक/प्रभारी चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर एवं  
नाम युक्त मोहर

बी.पी.एल. श्रेणी के लाभार्थियों के लिये (केवल घरेलू प्रसव की दशा में भरा जाना है) :-

1) बी.पी.एल. कार्ड है ?  
संलग्न करें)

हाँ/नहीं (कृपया सही का निशान लगाये एवं

2) यदि नहीं, कोई अन्य प्रमाण पत्र

(ग्राम प्रधान/सरपंच/लेखपाल/ग्राम पंचायत  
विकास अधिकारी का  
प्रमाण-पत्र लगायें )

3) प्रमाण पत्र संलग्न

आधार कार्ड/राशन कार्ड/वोटर कार्ड

(उपरोक्त कार्ड न होने के स्थिति में दो गवाहों के नाम, हस्ताक्षर एवं पूरा पता/ग्राम प्रधान/सरपंच का  
प्रमाण पत्र)

1. ....  
.....

2. ....  
.....

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान  
नाम व पदनाम  
दिनांक :-

फार्म भरने वाले स्वास्थ्य कर्मी का

ए.एन.एम./स्टाफ नर्स का नाम व

हस्ताक्षर

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

जननी सुरक्षा योजना

लाभार्थी भुगतान प्रमाण पत्र

दिनांक:-.....

प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती ..... पत्नी श्री.....पूरा  
पता/निवासी .....आधार कार्ड संख्या..... मोबाइल न0 .....  
..... ने दिनांक ..... को इस चिकित्सालय में प्रसव कराया, जिसका भर्ती रजिस्टर क्रमांक .....  
.. है।

1. लाभार्थी द्वारा दिये गये सम्बद्ध आधार बैंक खाता संख्या.....मे दिनांक.....को जननी सुरक्षा योजना का लाभ रू0-.....ऑन लाइन पी0एफ0एम0एस0 के माध्यम से हस्तान्तरित किया जा रहा है जो कि 24-48 घण्टे में उक्त खाते में पहुँच जायेगा।  
अथवा
2. लाभार्थी द्वारा सम्बद्ध आधार बैंक खाता संख्या उपलब्ध नहीं कराया गया है, खाता संख्या के साथ यह प्रमाण-पत्र लाने पर भुगतान किया जायगा।

किसी भी समस्या के लिए सम्पर्क करें

हस्ताक्षर

चिकित्सा इकाई प्रभारी मोहर सहित

नाम:-.....ब्लाक नोडल

फोन नं0:-.....

अधिकारी

मोहर सहित हस्ताक्षर

प्रेषक,

मिशन निदेशक,

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन