



(प्रोफार्मा भरकर केवल प्राधिकृत व्यक्ति को ही प्रस्तुत किया जाए)

फार्म 1-ख

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

1. मैं, श्रीमती _____ (लाभार्थी का पंजीकृत नाम)* ने प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत 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 एक 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

ञ). 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 निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज।

3. पी0एम0एम0 वार्ड के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम * :..... /... /... /... /... मैं पंजीकरण की तारीख

4. एन0एन0सी * तारीख: /... /... /... /... /...

5. यदि योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है तो हाँ पर निशान लगाएं *: हाँ नहीं

6. पीएमएमवाई 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 कार्यकर्तियों/आशा/एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण

आंगनवाड़ी केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम: _____
आंगनवाड़ी केंद्र कोड * : _____
गाँव/शहर का नाम : _____
ग्राम कोड * : _____
आंगनवाड़ी कार्यकर्ती/आशा/एएनएम का नाम * : _____
पोस्ट ऑफिस का नाम : _____
परियोजना : _____
जिला * : _____
राज्य/संघ राज्य क्षेत्र * : _____

9. संलग्न दस्तावेजों की जाँच सूची:

क्र०सं०	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज	संलग्न दस्तावेज
1.	लाभार्थी का आधार/पहचान कार्ड	
2.	एमसीपी कार्ड एएनसी विवरण के साथ	
3.	पावती स्लिप	

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम में पीएमएमवीवाई कें अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख (दिन/माह/वर्ष) *
सुपरवाइजर/एएनएम * को प्रस्तुत करने की तारीख:/...../.....

हस्ताक्षर दिनांक स्थान

सुपरवाइजर/एएनएम * द्वारा जाँच

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

हस्ताक्षर दिनांक क्षेत्र कोड

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

गाँव/शहर का नाम * : _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड * : _____

गाँव कोड * : _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ती/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 जाँच सूची के अनुसार सभी दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-बी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर दिनांक स्थान

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री के लिए निर्देश:-

1. लाभार्थी के पंजीकरण के समय यह जानकारी अवश्यक रूप से बता दे की लाभार्थी अगर प्रथम या द्वितीय किशत लेने के उपरान्त क्षेत्र से बाहर भी चल जाता है तो वह अपने नजदीकी आंगनवाड़ी केन्द्र में जाकर द्वितीय या तृतीय किशत का लाभ से सकता है। बस उसके लिए जरूरी दस्तावेज जैसे जाँच, टीकाकरण कार्ड, बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र इत्यादि होने चाहिए।
2. लाभार्थी का मोबाईल नम्बर लेना अनिवार्य है।
3. योजना के लिए पात्र महिला जो आंगनवाड़ी के सर्वे में नहीं हो और वह आंगनवाड़ी केन्द्र में आये उसका पंजीकरण किया जाना अनिवार्य है।
4. क्षेत्र में सभी गैर/सरकारी कर्मचारी को छोड़कर।
5. आंगनवाड़ी क्षेत्र में सभी गर्भवती (केवल सरकारी महिला कर्मचारी को छांटकर प्रथम बच्चे वाली सभी महिला योजना की पात्र होगी।