



(प्रोफार्मा 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 *

लाभार्थी का
फोटो बच्चे के
साथ

1. लाभार्थी का नाम * _____
2. लाभार्थी का आधार/पहचान संख्या * _____
उपलब्ध कराया गया पहचान साक्ष्य (यथोचित एक पर निशान लगाएं)
(क). बैंक या पोस्ट पहचान 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 के उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र
(ञ). राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाणा पत्र
(ट). राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हेड पर जारी किय गया फोटो सहित पहचान-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 दस्तावेज।

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 हाँ सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा का नाम _____
5. क्या लाभार्थी द्वारा जननी सुरक्षा योजना में ल
यदि हाँ तो कितनी धनराशि मिली _____
(ख). यदि हो तो किसी दिनांक को धनराशि प्राप्त हो
6. योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है, तो हां पर निशान लगाएं। हाँ नहीं
यदि नहीं, तो फार्म 1- क भरें (यदि हाँ तो पावती स्लिप की प्रति संलग्न करें)
7. बच्चे/बच्चों का लिंग*:
क. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं)

बहुल जन्मों के मामले में निम्न भरे:

- ख. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं) जुड़वा 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)

8. टीकाकरण का प्रथम चक्र*

क. बीसीजी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

ख. ओपीवी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

ग. डीपीटी या समतुल्य/विकल्प: हाँ नहीं

9. घ. हेपाइटिस बी या समाप्ति की तारीख*: _____

10. निम्नलिखित की प्रतियाँ संलग्न करें*:

क. शिशु जन्म प्रमाण पत्र

ख. टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड

11. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र: _____

12. कार्यकर्ता/आशा/एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण आंगनवाड़ी

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम:/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड: _____

गाँव/शहर का नाम: _____

गाँव का कोड:- _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/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 जाँच सूची:

क्र०सं०	संलग्न किए जाने हेतु दस्तावेज (फोटोकापी संलग्न की जानी है।	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 जाँच

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

हस्ताक्षर नाम दिनांक सेक्टर कोर्ड

9

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती (आंगनवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएम)

गाँव/शहर का नाम: _____

आंगनवाडी केंद्र का कोड: _____

गाँव का कोड: _____

आंगनवाडी कार्यकर्ती/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 जाँच सूची के अनुसार दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-सी प्रस्तुत दिया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान