

प्रधानमंत्री मातृ-वंदना योजनेअंतर्गत दुसऱ्या हप्त्यासाठी अर्जाचा नमुना

अनिवार्य बाबी

१. मी, श्रीमती _____ (लाभार्थीचे नोंदणीच्या वेळचे नाव) प्रधानमंत्री मातृवंदना योजनेअंतर्गत अंगणवाडी केंद्र/मान्यता प्राप्त आरोग्य संस्था/गाव _____ येथे नोंदणी केली आहे.

२. आधार/लाभार्थीच्या ओळख पत्राचा क्रमांक _____ (पुराव्याची प्रत जोडा)

ओळखीचा पुरावा सादर केल्याबाबत योग्य त्या एका समोर (✓) अशी खुण करा.

- | | |
|--|---------------------------------|
| अ) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस पासबुकची झेरॉक्स प्रत. | ब) मतदार ओळखपत्र. |
| क) रेशन कार्ड. | ड) किसान बासबुकची झेरॉक्स प्रत. |
| ई) पासपोर्ट. | एफ) ड्रायव्हिंग लायसन्स. |
| जी) पॅन कार्ड. | एच) मनरेगा जॉब कार्ड. |

आय) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील उपक्रमाद्वारे तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो ओळखपत्र.

जे) राज्य शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले कोणतेही फोटो ओळखपत्र.

के) राजपत्रित अधिकाऱ्याने लेटरहेडवर तिच्या छायाचित्रासह दिलेले ओळखपत्र.

एल) प्राथमिक आरोग्य केंद्रात (पीएचसी) किंवा सरकारी इस्पितळाने दिलेले आरोग्य कार्ड.

एम) राज्य सरकार किंवा केंद्रशासित प्रदेश प्रशासकाद्वारे निर्दिष्ट केलेले इतर दस्तऐवज.

३. अंगणवाडी केंद्रात/गावात पीएमएमव्हीवाय अंतर्गत नोंदणीची तारीख* (DD/MM/YYYY)/...../.....

४. प्रसूतीपूर्व नोंदणीची तारीख* (DD/MM/YYYY) या पध्दतीने लिहावे) :/...../.....

५. योजनेच्या अंतर्गत नोंदणीकृत असल्यास () अशी खुण करा होय () नाही () जर नाही, तर फॉर्म १-ए भरा (जर होय असल्यास, पोचपावती स्लिपची प्रत जोडा*)

६. प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजने अंतर्गत दुसऱ्या हप्त्याची मागणी करण्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) या पध्दतीने लिहावे):/...../..... (एमसीपी कार्डाची आणि आधार/ओळखपत्राची एक प्रत जोडा)

७. लाभार्थीची आरोग्य ID _____

८. अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएम यांनी भरावयाची माहिती

अंगणवाडी केंद्र/मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

अंगणवाडी केंद्र/मान्यताप्राप्त आरोग्य केंद्राचे नाव : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड* : _____

गावांचे/शहराचे नाव : _____

गावाचा कोड* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएमचे नाव* : _____

पोस्ट ऑफिसचे नाव : _____

प्रकल्प* : _____

जिल्हा* : _____

राज्य* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएम यांनी लाभार्थींना द्यावयाची पोच पावती*

अंगणवाडी केंद्र/मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

गावांचे/शहराचे नाव* : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड* : _____

गावाचा कोड* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएमचे नाव* : _____

पोस्ट ऑफिसचे नाव : _____

सेक्टरचे नाव : _____

प्रकल्प तालुक्याचे नाव : _____

जिल्हा* : _____

राज्य* : _____

श्रीमती* _____ (नाव) _____ (दिनांक) वर

चेक लिस्टनुसार कागदपत्रांसह फॉर्म-१ बी सादर केलेला आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण

९. सोबत जोडावयाच्या दस्तऐवजांची चेकलिस्ट :

क्रमांक	सोबत जोडावयाचे/दस्तऐवज	दस्तऐवज जोडले का ?		
		होय	नाही	लागू नाही
१	लाभार्थीचे आधार कार्ड/ओळखपत्र (योजने अंतर्गत नोंदणी करताना सादर केलेल्या ओळखपत्राप्रमाणे असावे.)			
२	प्रसुतीपूर्व तपासणीच्या तपशिलासह एमसीपी कार्ड			
३	पोहोच पावती			

अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएमकडे प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजने अंतर्गत दुसऱ्या हप्त्याची मागणी केल्याची तारीख :

(DD/MM/YYYY)/...../.....

सुपरवायझर/एएनएम यांना सादर केल्याची तारीख* (DD/MM/YYYY)/...../.....

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण

पर्यवेक्षक/एएनएम* यांनी करावयाची पडताळणी

मी श्री./श्रीमती _____ (पर्यवेक्षक/एएनएमचे नाव*) मी या प्रपत्रामध्ये दिलेली माहिती तपासली असून, ती परिपूर्ण असल्याची खात्री केली आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण

लाभार्थीची स्वाक्षरी

मी श्री./श्रीमती _____ मी या प्रपत्रामध्ये दिलेली माहिती खरी आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण