

प्रधानमंत्री मातृ-वंदना योजनेअंतर्गत तिसऱ्या हप्त्यासाठी अर्जाचा नमुना

अनिवार्य बाबी*

१. लाभार्थीचे नांव* : _____

२. आधार/लाभार्थीचा ओळखपत्र क्रमांक* : _____

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

- a) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस, फोटो, पासबुकची झेरॉक्स प्रत.
- b) मतदान ओळखपत्र.
- c) रेशन कार्ड. (शिधापत्रिका)
- d) किसान पासबुकची झेरॉक्स प्रत.
- e) पासपोर्ट.
- f) ड्रायव्हिंग लायसन्स.
- g) पॅन कार्ड.
- h) मनरेगा जॉब कार्ड.
- i) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील उपक्रमाद्वारे तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो ओळखपत्र.
- j) राज्य शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले कोणतेही फोटो ओळखपत्र.
- k) राजपत्रित अधिकाऱ्याने लेटरहेडवर तिच्या छायाचित्रासह दिलेले ओळखपत्र.
- l) शासकिय/निमशासकिय आरोग्य संस्थेद्वारे देण्यात आलेले हेल्थ कार्ड.
- m) राज्य सरकार किंवा केंद्रशासित प्रदेश प्रकाशकाद्वारे निर्दिष्ट केलेले इतर दस्तऐवज.

३. बाळंतपणाची तारीख (DD/MM/YYYY)/...../.....

४. बाळंतपण शासन मान्यताप्राप्त संस्थेमध्ये झाली का ? : होय (), नाही ()

जर होय असेल तर, शासनाच्या मान्यताप्राप्त संस्थेचे नाव : _____

५. योजनेअंतर्गत नोंदणीकृत असल्यास, होय वर (✓) खुण करा. (जर नाही, तर फॉर्म १-ए भरा) (जर हाये असल्यास, पोहोच पावतीची प्रत जोडा)*

६. अपत्यांचे लिंग* :

अ. पुरुष स्त्री (कृपया (✓) खुण करा.)

अनेक मुले जन्माला आली असल्यास खालील माहिती भरा.

ब. पुरुष..... स्त्री.....(कृपया खूण करा व संख्या लिहा.) (जुळे असल्यास)क. पुरुष..... स्त्री.....(कृपया खूण करा व संख्या लिहा.) तिळे असल्यास)ड. पुरुष..... स्त्री.....(कृपया खूण करा व संख्या लिहा.) (एका वेळेस चार जन्माला आलेली बालके)

७. पहिल्या टप्प्यातील दिलेल्या लसीकरणाची माहिती द्या. योग्य पर्यायासमोर (✓) अशी खुण करा.

अ. बीसीजी - होय (), नाही ()

ब. ओपीव्ही - होय (), नाही ()

- क. इंजे. पॅन्टा - होय (), नाही ()
 ड. हेपॅटायटीस बी - होय (), नाही ()
 ८. पहिल्या टप्प्यातील लसीकरण पूर्ण होण्याचा दिनांक* : (DD/MM/YYYY)...../...../.....
 ९. लाभार्थ्याने यापूर्वी उपजत मृत्यू झाल्याची माहिती दिली असल्यास पर्यायासमोर () खुण करा. होय (), नाही ()
 १०. खालील प्रमाणपत्राची एक प्रत जोडा* :

- अ. बालकाचे जन्म प्रमाणपत्र.
 ब. माता बाल संरक्षण (MCP) लसीकरण कार्ड

११. लाभार्थीची आरोग्य पत्रिका क्रमांक - _____

१२. अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएम यांची भरावयाची माहिती.

अंगणवाडी केंद्र/मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

अंगणवाडी केंद्र नाव/मान्यता प्राप्त आरोग्य संस्थेचे नांव : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड : _____

गावाचे/शहराचे नांव : _____

गावाचा/शहराचा कोड : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती/आशा/एएनएमचे नांव : _____

पोस्ट ऑफिसचे नांव : _____

सेक्टर नाव : _____

प्रकलटप/तालुक्याचे नाव : _____

जिल्हा : _____

राज्य/केंद्र शासित प्रदेश : _____

लाभार्थीने तिसरा हप्ता मागितल्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) (...../...../.....)

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

१३. संलग्न केलेल्या दस्तऐवजांची चेकलिस्ट.

क्रमांक	सोबत जोडलेली कागदपत्रे (फोटो प्रत संलग्न करणे)	संलग्न दस्तऐवज		
		होय - Y	नाही - N	लागू नाही - NA
१	लाभार्थीचे आधार कार्ड			
२	माता बाल संरक्षण (MCP) लसीकरण कार्ड			
३	बाळाचा जन्म दाखला			
४	पोहोच पावती			

पर्यवेक्षक/एएनएम* यांनी करावयाची पडताळणी

मी श्री./श्रीमती

(पर्यवेक्षक/एएनएमचे नाव*) मी या प्रपत्रामध्ये

दिलेली माहिती तपासली असून, ती परिपूर्ण असल्याची खात्री केली आहे.

सही

नाव

तारीख

क्षेत्र कोड

१४. जननी सुरक्षा योजनेचा लाभार्थी.

होय/नाही

१५. होय असल्यास किती रुपये लाभ देण्यात आला ? रु.

१६. लाभार्थिस लाभ दिलेल्याचा दिनांक (DD/MM/YYYY)...../...../.....)

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 ऑफीसचे नाव : _____

सेक्टरचे नाव : _____

प्रकल्प तालुक्याचे नाव : _____

जिल्हा* : _____

राज्य* : _____

श्रीमती* _____ (नाव) _____ (दिनांक) वर चेक

लिस्टनुसार कागदपत्रांसह फॉर्म-१ बी सादर केलेला आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण