

(भरा हुआ फॉर्म केवल अधिकृत व्यक्तियों को प्रस्तुत किया जाना चाहिए)

पीएमएमवीवाई के अन्तर्गत दूसरी किस्त के अनुरोध के लिये आवेदन प्रपत्र

फॉर्म 1-बी

अनिवार्य फ़िल्ड्स

1. मैं, श्रीमती _____ (लाभार्थी का पंजीकरण नाम)* ने पीएमएमवीवाई योजना के अन्तर्गत अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्र/गांव _____ के साथ पंजीकरण किया था।
2. लाभार्थी का आधार/ पहचान पत्र संख्या*: _____ (प्रमाण की प्रति संलग्न करें)
प्रदान किया गया पहचान प्रमाण: (उचित पर √ करें)
 - a) बैंक या पोस्ट आफिस की फोटोयुक्त पासबुक
 - b) मतदाता पहचान पत्र
 - c) राशन कार्ड
 - d) किसान फोटो पासबुक
 - e) पासपोर्ट
 - f) ड्राइविंग लाइसेंस
 - g) पैन कार्ड
 - h) मनरेगा जॉब कार्ड
 - i) लाभार्थी के पति का सरकार अथवा अन्य सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किया गया फोटो पहचान पत्र
 - j) राज्य सरकार द्वारा जारी किया गया कोई अन्य फोटो पहचान पत्र
 - k) आधिकारिक लेटरहेड पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए गया फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र
 - l) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड
 - m) राज्य सरकार द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज़
3. आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम में पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण की तिथि*: ____/____/____
4. एएनसी तिथि*: ____/____/____
5. हां पर √ करें, यदि पहले से ही स्कीम के तहत पंजीकृत है*: हाँ नहीं
(यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए भरें) (यदि हां, तो रसीद की प्रतिलिपि संलग्न करें)*
6. पीएमएमवीवाई योजना के तहत दूसरी किस्त का दावा करने की तिथि*: ____/____/____
(एमसीपी कार्ड, और आधार/पहचान पत्र की एक प्रति संलग्न करें)*
7. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र: _____

लाभार्थी का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

तिथि

स्थान

8. आशा/एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण

स्वीकृत स्वास्थ्य केंद्र का नाम: _____
 केंद्र का कोड* : _____
 गाँव/कस्बे का नाम : _____
 गाँव का कोड : _____
 आशा/एएनएम का नाम : _____
 डाकघर का नाम : _____
 परियोजना : _____
 जिला* : _____
 राज्य* : _____

9. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र.सं.	संलग्न होने वाले दस्तावेज	दस्तावेज संलग्न हैं
1	लाभार्थी का आधार/पहचान पत्र (पहचान पत्र योजना के तहत पंजीकरण के लिए इस्तेमाल किए जाने वाला ही होना चाहिए)	
2	एमसीपी कार्ड एएनसी विवरण के साथ	
3	रसीद (प्रथम बार पंजीकरण के साथ समय प्राप्त रसीद)	

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम में पीएमएएमवीवाई योजना के तहत दूसरी किस्त का अनुरोध करने की तिथि (dd/mm/yy) *:

पर्यवेक्षक/एएनएम को प्रस्तुत करने की तिथि _____ / _____ / _____

हस्ताक्षर

तिथि

स्थान

पर्यवेक्षक/एएनएम द्वारा सत्यापन*

मैं, श्रीमती _____ (सुपरवाइजर/एएनएम का नाम)* इस फार्म में भरी गई जानकारी को
सत्यापित करती हूँ और यह फार्म पूरी तरह से पूर्ण है।

हस्ताक्षर

तिथि

सेक्टर कोड

लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद* (आशा/एएनएम द्वारा)

गाँव/कस्बे का नाम : _____
 केंद्र का कोड* : _____
 गाँव का कोड* : _____
 आशा/एएनएम का नाम* : _____
 डाकघर का नाम : _____
 सेक्टर का नाम : _____
 परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम : _____
 जिला : _____
 राज्य* : _____

श्रीमती* _____ (नाम) ने चेक-लिस्ट के अनुसार _____ (दिनांक) को
दस्तावेज के साथ विधिवत रूप से भरा फॉर्म 1-बी प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर

तिथि

स्थान