

(भरा हुआ फॉर्म केवल अधिकृत व्यक्तियों को प्रस्तुत किया जाना चाहिए)  
पीएमएमवीवाई के अन्तर्गत तीसरी किस्त के अनुरोध के लिये आवेदन प्रपत्र

फार्म 1-सी

\*अनिवार्य फ़ील्ड्स

1. लाभार्थी का नाम\*:

2. लाभार्थी का आधार/ पहचान पत्र संख्या\*:

प्रदान किया गया पहचान प्रमाण: (उचित पर  करें)

a) बैंक या पोस्ट आफिस की फोटो 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 दस्तावेज

3. प्रसव की तिथि\* :

4. क्या प्रसव सरकार द्वारा अनुमोदित केन्द्र पर हुआ था?\*:  हाँ  नहीं

a. यदि हाँ, तो सरकार द्वारा अनुमोदित केन्द्र का नाम

5. यदि योजना के तहत पहले से पंजीकृत हो, तो हाँ,  टिक करें:  हाँ  नहीं

(यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए भरें) (यदि हां, तो रसीद की प्रतिलिपि संलग्न करें)\*

6. बच्चा/बच्चों का लिंग\*:

a.  पुरुष  महिला (कृपया  टिक करें) कई जन्मों के मामले में, निम्नलिखित को भरें:

b.  पुरुष  महिला (कृपया  टिक करें) (जुड़वा बच्चों के मामले में)

c.  पुरुष  महिला (कृपया  टिक करें) (तीन बच्चों के मामले में)

d.  पुरुष  महिला (कृपया  टिक करें) (चार बच्चों के मामले में)

7. दिये गये टीकाकरण का पहला चक्र\* : (  टिक करें)

a. बीसीजी या समकक्ष/विकल्प :  हाँ  नहीं b. ओपीवी या समकक्ष/विकल्प :  हाँ  नहीं

c. डीपीटी या समकक्ष/विकल्प :  हाँ  नहीं d. हेपेटाइटिस-बी या समकक्ष/विकल्प :  हाँ  नहीं

8. टीकाकरण के पहले चक्र के पूरा होने की तिथि\*:

9. यदि लाभार्थी पिछले किसी भी मृत शिशु के मामले की रिपोर्ट करता है तो 'हां' पर  टिक करें:

हाँ  नहीं

10. कॉपी संलग्न करें\* : a. बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र

b. टीकाकरण जानकारी के साथ एमसीपी कार्ड

11. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र: \_\_\_\_\_

12. आशा/एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण

स्वीकृत स्वास्थ्य केन्द्र का नाम : \_\_\_\_\_  
 केन्द्र का कोड\* : \_\_\_\_\_  
 गाँव/कस्बे का नाम : \_\_\_\_\_  
 गाँव का कोड\* : \_\_\_\_\_  
 आशा/एएनएम का नाम : \_\_\_\_\_  
 डाकघर का नाम : \_\_\_\_\_  
 परियोजना : \_\_\_\_\_  
 जिला\* : \_\_\_\_\_  
 राज्य\* : \_\_\_\_\_

लाभार्थी द्वारा तीसरी किस्त के अनुरोध करने की तिथि (dd/mm/yy) \*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

पर्यवेक्षक/एएनएम को प्रस्तुत करने की तिथि \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

13. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र.सं.	संलग्न होने वाले दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न करें)	हाँ	दस्तावेज संलग्न
1	लाभार्थी का आधार कार्ड		
2	टीकाकरण की जानकारी के साथ एमसीपी कार्ड		
3	बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र		
4	रसीद (प्रपत्र 1-ए/प्रपत्र 1-बी की रसीद)		

लाभार्थी का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

तिथि

स्थान

पर्यवेक्षक/एएनएम द्वारा सत्यापन\*

मैं, श्रीमती \_\_\_\_\_ इस फार्म में भरी गई जानकारी को सत्यापित करती हूँ और यह फार्म पूरी तरह से पूर्ण है।

हस्ताक्षर

नाम

तिथि

सेक्टर कोड

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

गाँव/कस्बे का नाम : \_\_\_\_\_  
 केन्द्र 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-सी प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर

तिथि

स्थान