



27. PMMVY के फॉर्मर्स



समेकित बाल विकास सेवाएँ महिला एवं बाल विकास विभाग, राजस्थान

प्रपत्र 1 -ए

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अन्तर्गत पंजीयन एवं प्रथम किश्त हेतु आवेदन फार्म

* से अंकित जानकारी भरना अनिवार्य है

1. लाभार्थी विवरण	2. पति विवरण																																																																																
<p>i. क्या लाभार्थी का आधार कार्ड है? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/></p> <p>यदि हाँ,</p> <p>ii. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (आधार कार्ड के अनुसार)* :</p> <p>.....</p> <p>iii. आधार कार्ड संख्या (अंकों में) * : (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>यदि आधार नहीं है तो (iv, v व vi भरें)</p> <p>iv. आधार पंजीयन ईआईडी संख्या (EID)</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>v. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (पहचान पत्र के अनुसार)* :</p> <p>.....</p> <p>vi. पहचान पत्र क्रमांक * :</p> <p>(अन्य मान्य पहचान पत्रों की सूची अन्तिम पृष्ठ पर उपलब्ध है। पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)</p>																																									<p>i. क्या पति के पास आधार कार्ड है? हाँ नहीं</p> <p>यदि हाँ,</p> <p>ii. पति का नाम अंग्रेजी में (आधार कार्ड के अनुसार)* :</p> <p>.....</p> <p>iii. पति का आधार नम्बर (अंकों में) * : (कार्ड की प्रति संलग्न करें)</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>यदि आधार नहीं है तो (iv, v व vi भरें)</p> <p>iv. आधार पंजीयन ईआईडी संख्या (EID)</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>v. पति का नाम अंग्रेजी में (पहचान पत्र के अनुसार)* :</p> <p>.....</p> <p>vi. पहचान पत्र क्रमांक * :</p> <p>(अन्य मान्य पहचान पत्रों की सूची अन्तिम पृष्ठ पर उपलब्ध है। पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)</p>																																								

3. पता (वर्तमान निवास पता) *:

मकान नम्बर..... गली/सड़क/लेन क्षेत्र/सेक्टर/मोहल्ला.....

तहसील..... जिला..... राज्य..... पिनकोड.....

4. मोबाइल नंबर :

5. आवेदन (टिक लगावें) 1. पहली किश्त (1000/-) 2. दूसरी किश्त (2000/-) 3. तीसरी किश्त (2000/-)

6. अंतिम मासिक धर्म (एलएमपी) तिथि * : (दिन/माह/वर्ष)

7. आंगनबाड़ी केन्द्र/स्वास्थ्य केन्द्र में ममता कार्ड के पंजीकरण की दिनांक..... (दिन/माह/वर्ष)

8. वर्तमान गर्भावस्था /डिलीवरी से पूर्व जन्में बच्चों की संख्या

9. श्रेणी/वर्ग * : अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य

10. बैंक/डाकघर के खाते का विवरण पासबुक के पृष्ठ की प्रति संलग्न करें, जिस पर खाताधारक का नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम लिखा हो। *:

I. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (जैसा बैंक/डाकघर के खाते में हो)

II. खाता संख्या.....

III. बैंक / डाकघर का नाम..... शाखा का नाम

IV. आईएफएससी (IFSC) कोड (बैंक खाता के मामले में)

V. क्या डाकघर /बैंक खाता आधार से लिंक हैं? हां नहीं

11. क्या लाभार्थी को पुराने एमबीपी (मातृत्व लाभ कार्यक्रम) योजना में पंजीकृत किया गया था? हां नहीं

12. यदि हां, तो पुराने एमबीपी योजना के तहत लाभार्थी द्वारा पहले से प्राप्त किश्त पर टिक लगावें।

कोई नहीं पहली किश्त (रु 3000/-) दूसरी किश्त (रु 3000 /-)



<p style="text-align: center;">13. लाभार्थी द्वारा घोषणा</p> <p>सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करती हूँ कि मैं केन्द्रीय /राज्य सरकार / सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम की कर्मचारी नहीं हूँ। मैं अपने नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए पात्र नहीं हूँ। निम्न में से किसी एक का चयन करें, (जो लागू न हो उसे काटे) (जिनके पास आधार कार्ड है)</p> <p>1. मैं अपने सहयोग से आधार अधिनियम, 2016 और नियमों के अनुसार अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए और पीएमएमवीवाई के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए संबंधित स्रोतों को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए उपयोग कर रही हूँ। विभाग मेरी सहमति के बिना मेरी पहचान संबंधी जानकारी को किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा</p> <p style="text-align: center;">या</p> <p>(ऐसा लाभार्थी जिनका आधार कार्ड नहीं है)</p> <p>1. मैं आधार के बदले में वैध पहचान पत्र दे रही हूँ मैं पुष्टि करती हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख तक कोई भी आधार कार्ड नहीं है। मैं मानती हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और जैसे ही मेरे पास आधार विवरण उपलब्ध होगा मैं, मेरे आधार विवरण को प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। अगर मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन नहीं कर पायी हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। मैं इस योजना के तहत लाभ का लाभ उठाने के लिए मेरी सहमति भी प्रदान करती हूँ।</p> <p>2. मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है। मेरे द्वारा प्रदत्त बैंक खाता विवरण केवल मेरा निजी बैंक खाता है, यह किसी दूसरे के साथ साझा (Joint) नहीं है। इस योजना के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए मैं अपनी गर्भावस्था के बारे में जानकारी के उपयोग के लिए अपनी सहमति देती हूँ।</p> <p>3. ....(पति का नाम, यथोक्त रूप में उल्लिखित) मेरे पति हैं और अगर बच्चे का जन्म होता है तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।</p> <p>4. मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और सटीक हैं।</p> <p>लाभार्थी के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान तिथि..... स्थान.....</p>	<p style="text-align: center;">14. पति द्वारा घोषणा</p> <p>मैं इस प्रकार सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करता हूँ नीचे दिए गए किसी भी एक का चयन करें, (जो लागू न हो उसे काटे)</p> <p style="text-align: center;">(जिनके पास आधार कार्ड है)</p> <p>1. मैं अपने सहयोग से आधार अधिनियम, 2016 और नियमों के अनुसार अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए और पीएमएमवीवाई के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए, संबंधित स्रोतों को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए उपयोग कर रहा हूँ। विभाग मेरी सहमति के बिना मेरी पहचान संबंधी जानकारी को किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।</p> <p style="text-align: center;">या</p> <p>(ऐसा लाभार्थी जिनका आधार कार्ड नहीं है)</p> <p>1. मैं आधार के बदले में वैध पहचान पत्र दे रहा हूँ मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख तक कोई भी आधार कार्ड नहीं है। मैं मानता हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और जैसे ही मेरे पास आधार विवरण उपलब्ध होगा मैं, मेरे आधार विवरण को प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। अगर मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन नहीं कर पाया हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने को तैयार हूँ इसलिए मैं इस योजना के तहत लाभ का लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए मेरी सहमति भी प्रदान करता हूँ।</p> <p>2. मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।</p> <p>3. (पत्नी का नाम, यथोक्त रूप में उल्लिखित) मेरी पत्नी हैं और अगर बच्चे का जन्म होता है तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।</p> <p>4. मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और सटीक हैं।</p> <p>लाभार्थी के पति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान तिथि..... स्थान.....</p>
---	---

15. लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी



आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण

16. आंगनबाड़ी केंद्र का नाम आंगनबाड़ी केन्द्र का कोड संख्या'
- गांव /शहर का नाम.....गांव कोड *
- आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम '
- परियोजनाजिला *राज्य *
17. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र. सं.	संलग्न दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न करनी है)	दस्तावेज संलग्न (हाँ के लिए Y, नहीं के लिए N लागू नहीं के लिए NA)
1	लाभार्थी का आधार कार्ड	
2	लाभार्थी का पहचान पत्र (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
3	पति का आधार कार्ड	
4	पति का पहचान पत्र (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
5	लाभार्थी का आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
6	पति का आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
7	एमसीपी कार्ड (ममता कार्ड)	
8	पास बुक की पृष्ठ जिस में नाम, खाता संख्या और बैंक नाम हो	

18. प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना अन्तर्गत आंगनबाड़ी केन्द्र में पंजीयन की दिनांक दिन/माह/वर्ष)
19. पर्यवेक्षक को प्रस्तुत करने की दिनांक..... (दिन/माह/वर्ष)
20. आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम व हस्ताक्षर दिनांक स्थान

पर्यवेक्षक द्वारा सत्यापन

में (पर्यवेक्षक का नाम) ने इस फार्म में प्राप्त की गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह विधिवत रूप से पूर्ण है।

दिनांक

सेक्टर नाम व कोड

नाम व हस्ताक्षर

----- >> ----- >> ----- >> -----

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा लाभार्थी को दी जाने वाली प्राप्ति रसीद

गांव /शहर का नाम.....आंगनबाड़ी केंद्र कोड '

गांव कोड 'आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम '

सेक्टर का नामपरियोजना का नाम

जिलाराज्य

श्रीमती(नाम) ने (दिनांक) पर फार्म 1-ए चेकलिस्ट

के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान



अन्य पहचान पत्रों की सूची :-

1. बैंक या डाकघर की फोटो पासबुक
2. मतदाता पहचान पत्र
3. राशन कार्ड
4. किसान फोटो पासबुक
5. पासपोर्ट
6. ड्राइविंग लाइसेंस
7. पैन कार्ड
8. मनरेगा (एमजीएनआरईजीएस) जॉब कार्ड
9. सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र.
10. राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र
11. राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान प्रमाण पत्र
12. प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड
13. राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज ।



समेकित बाल विकास सेवाएँ महिला एवं बाल विकास विभाग, राजस्थान

प्रपत्र 1 – बी

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अन्तर्गत द्वितीय किश्त हेतु आवेदन फार्म

* से अंकित जानकारी भरना अनिवार्य है

1. मैं, श्रीमती (पंजीकरण में लाभार्थी का नाम) * प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के तहत आंगनबाड़ी केन्द्र/स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा / गांव में पंजीकृत किया गया था।
2. लाभार्थी का आधार/पहचान कार्ड का नम्बर * (प्रमाण की प्रति संलग्न करें) उपलब्ध कराये गये पहचान का साक्ष्य (यथोचित एक पर टिक लगावें)
 1. बैंक या डाकघर की फोटो पासबुक
 2. मतदाता पहचान पत्र
 3. राशन कार्ड
 4. किसान फोटो पासबुक
 5. पासपोर्ट
 6. ड्राइविंग लाइसेंस
 7. पैन कार्ड
 8. मनरेगा (एमजीएनआरईजीएस) जॉब कार्ड
 9. उसके पति का सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र.
 10. राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र
 11. राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान प्रमाण पत्र
 12. प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड
 13. राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज।
3. आंगनबाड़ी केन्द्र / ग्राम में पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण की दिनांक * / /
4. एएनसी दिनांक * / /
5. पहले से इस योजना में पंजीकृत हो तो हाँ अथवा नहीं पर टिक लगावें * हाँ नहीं
(यदि नहीं, तो प्रपत्र 1-ए भरें) (यदि हां, तो प्रपत्र 1-ए की रसीद की प्रति संलग्न करें) *
6. पीएमएमवीवाई योजना के तहत दूसरी किस्त का दावा करने की तिथि * / /
- (एमसीपी कार्ड, और आधार कार्ड/ पहचान पत्र की एक प्रति संलग्न करें) *
7. लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी.....

हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

तिथि:

स्थान:



8. आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण'

आंगनबाड़ी केंद्र का नाम आंगनबाड़ी केन्द्र का कोड संख्या'

गांव / शहर का नाम.....गांव कोड *

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम '

परियोजनाजिला *राज्य

9. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र. सं.	संलग्न दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न करनी है)	दस्तावेज संलग्न (हाँ या नहीं)
1	लाभार्थी का आधार कार्ड/ पहचान पत्र (योजना के तहत पंजीकरण के समय लिया गया पहचान पत्र के समान)	
2	एमसीपी कार्ड, एएनसी विवरण के साथ	
3	प्राप्ति पर्ची/ स्वीकृति पर्ची	

आंगनबाड़ी केन्द्र / ग्राम में प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना अन्तर्गत दूसरी किस्त का दावा करने की दिनांक
पर्यवेक्षक / एएनएम को प्रस्तुत करने की दिनांक (दिनांक/ माह/ वर्ष)'

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम हस्ताक्षर:

दिनांक:

स्थान:

पर्यवेक्षक द्वारा सत्यापन

मैं श्रीमती (पर्यवेक्षक का नाम) ने इस फार्म में प्राप्त की गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह विधिवत रूप से पूर्ण है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

सेक्टर कोड:

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद

गांव / शहर का नाम.....आंगनबाड़ी केंद्र कोड '.....गांव.....
आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम 'सेक्टरपरियोजना

जिलाराज्य '

श्रीमती '(नाम) ने (दिनांक) पर फार्म 1- बी चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

स्थान:



10. आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण'

आंगनबाड़ी केंद्र का नाम आंगनबाड़ी केन्द्र का कोड संख्या'

गांव / शहर का नाम.....गांव कोड *

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम '

परियोजनाजिला *राज्य

लाभार्थी द्वारा तृतीय किश्त के लिए दावे की तिथि *

पर्यवेक्षक को प्रस्तुत करने की तिथि*

11. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र. सं.	संलग्न दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न करनी है)	दस्तावेज संलग्न हों के लिए Y
1	लाभार्थी का आधार कार्ड	
2	ममता कार्ड में प्रतिरक्षण (टीकाकरण) विवरण के साथ	
3	शिशु जन्म प्रमाणपत्र	
4	प्राप्ति पर्ची / रसीद	

आंगनबाड़ी केन्द्र / ग्राम में प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना अन्तर्गत तीसरी किश्त का दावा करने की दिनांक

पर्यवेक्षक को प्रस्तुत करने की दिनांक..... (दिनांक / माह / वर्ष)'

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम हस्ताक्षर:

दिनांक:

स्थान:

पर्यवेक्षक द्वारा सत्यापन

मैं श्रीमती (पर्यवेक्षक का नाम) ने इस फार्म में प्राप्त की गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह विधिवत रूप से पूर्ण है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

सेक्टर कोड:

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद

गांव / शहर का नाम.....आंगनबाड़ी केंद्र कोड '.....गांव.....

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम 'सेक्टरपरियोजना

जिलाराज्य '

श्रीमती '(नाम) ने (दिनांक) पर फार्म 1- सी

चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

स्थान:



प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) प्रपत्र 4 –ए

माहवार रिपोर्टिंग के लिए लाभार्थियों का विवरण रजिस्टर

रजिस्टर खोलने की तिथि / /
रिपोर्टिंग माह/वर्ष / /
आंगनवाड़ी केंद्र का नाम *	.....
आंगनवाड़ी केंद्र का कोड *	.....
स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा का नाम*	.....
गांव/ नगर का नाम*	.....
गांव कोड (एलजीडी कोड) *	.....
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम *	.....
आशा सहयोगिनी का नाम*	.....
एएनएम का नाम*	.....
डाकघर का नाम*	.....
पर्यवेक्षक का नाम	.....
परियोजना का नाम	.....
स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम	.....
जिला का नाम *	.....
राज्य का नाम *	.....
पर्यवेक्षक को प्रस्तुत करने की तारीख	.....
सीडीपीओ को प्रस्तुत करने की तारीख	.....

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के हस्ताक्षर.....

पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर



प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) प्रपत्र 4 –बी

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अंतर्गत लाभार्थियों की मासिक स्थिति

क. स.	नाम जैसा (अधार / वैकल्पिक आईडी) में दर्ज है	आधार / वैकल्पिक आईडी संख्या	श्रेणी (एससी / एसटी / अन्य)	रिपोर्टिंग महीने में स्थिति		लाभार्थी का प्रकार (एक में टिक करें)		किस्ते प्राप्त की 1,2,3 लिखे लागू होने पर या (0) लागू नहीं होने पर			बैंक / पीओ खाता संख्या	मोबाइल नंबर	योजना से बाहर निकलने के लिए कारण (प्रासंगिक कोड लिखें)	
				गर्भवती – P स्तनपान – L	गर्भावस्था / स्तनपान का महीना	पुराना पिछले माह का शेष	नई प्रविष्टियां		(सुपरवाइजर से प्राप्त भुगतान के विवरण प्राप्त करने पर भरें)					
							नई गर्भवती	बाहर से आयी गर्भवती महिला	पिछले महीने से लंबित (एक से अधिक हो सकता है)	इस माह के लंबित				इस महीने के प्राप्त (एक से अधिक हो सकता है)
	P= L= Total=		P= L= Total=		Total=		प्रथम = द्वितीय = तृतीय = कुल =	प्रथम = द्वितीय = तृतीय = कुल =	प्रथम = द्वितीय = तृतीय = कुल =	कुल =			0- सभी उचित किस्तों को प्राप्त किया गया 1- पलायन 2- लाभार्थी की मौत 3- बच्चे की मौत 4- छह सप्ताह के लिए नहीं पता 5- मृत शिशु का जन्म 6- गर्भपात	

इस महीने का सार (सारांश)

माह.....	वर्ष
गर्भवती महिलाओं की संख्या (पी)	धात्री माताओं की संख्या (एल)
पी 1	एल 1
पी 2	एल 2
पी 3	एल 3
पी 4	एल 4
पी 5	एल 5
पी 6	एल 6
कुल पी	कुल एल
कुल योग	