

(भरा हुआ फार्म केवल अधिकृत व्यक्ति को प्रस्तुत किया जाना चाहिए)

फार्म 1-क

प्रधान मंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अंतर्गत पंजीकरण
एवं प्रथम किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

* अनिवार्य क्षेत्र

व्यक्तिगत विवरण

1. लाभार्थी का विवरण	2. पति का विवरण
i. क्या लाभार्थी के पास आधार कार्ड है?* <input type="radio"/> हां ; <input type="radio"/> नहीं यदि हां तो ,	i. क्या पति के पास आधार कार्ड है?* <input type="radio"/> हां ; <input type="radio"/> नहीं यदि हां तो ,
ii लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)* : _____	ii पति का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)* : _____
iii आधार संख्या* : _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)	iii पति के आधार कार्ड की संख्या*: _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)
यदि हां तो ,	यदि हां तो ,
iv आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)* : _____	iv आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)* : _____
v लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र के अनुसार) *: _____	v लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र के अनुसार) *: _____
vi पहचान संख्या*: _____ (पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)	vi पहचान संख्या*: _____ (पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)
vii. प्रदान किया गया पहचान साक्ष्य : क) बैंक या डाक घर की फोटोयुक्त पासबुक ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड घ) किसान फोटो पासबुक ङ) पासपोर्ट च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) पैन कार्ड ज) एमजीएनआरईजीएस जॉब कार्ड: झ) सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र;	vii. प्रदान किया गया पहचान साक्ष्य : क) बैंक या डाक घर की फोटोयुक्त पासबुक ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड घ) किसान फोटो पासबुक ङ) पासपोर्ट च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) पैन कार्ड ज) एमजीएनआरईजीएस जॉब कार्ड: झ) सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र;

ज) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र;	ज) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र;
ट) शासकीयपत्र शीर्ष पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र;	ट) शासकीयपत्र शीर्ष पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र;
ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड;	ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड;
ड) राज्य सरकार या संघ शासित प्रदेश के प्रशासन द्वारा विनिर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़	ड) राज्य सरकार या संघ शासित प्रदेश के प्रशासन द्वारा विनिर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़

3. पता (वर्तमान आवासीय पता)* :

हाउस नंबर/भवन/अपाटमेंट्स _____	स्ट्रीट/रोड/लेन _____
स्थल चिन्ह _____	क्षेत्र/स्थान/क्षेत्र _____
ग्राम/नगर/शहर _____	डाक घर _____
जिला _____	उप-जिला _____
राज्य/केंद्र शासित प्रदेश _____	पिन कोड _____

4. मोबाइल नंबर: _____
5. * आवेदन : 1 पहली किस्त ○; 2 दूसरी किस्त ○; 3 तृतीय किस्त ○
6. अंतिम मासिक धर्म (एलएमपी) दिनांक*: _____ (दिन/ माह/ वर्ष) (एमसीपी कार्ड की प्रति संलग्न करें) (यह पहली और / या दूसरी किस्त के दावे के लिए अनिवार्य है)
7. आंगनवाडी केंद्र/ग्राम /अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा केंद्र पर एमसीपी कार्ड के पंजीकरण की तिथि: _____ (दिन/ माह/ वर्ष) (एमसीपी कार्ड की प्रति संलग्न करें)
8. गर्भावस्था / प्रसव से पहले जीवित बच्चों की संख्या जिसके लिए इस योजना के अंतर्गत लाभ का दावा किया गया है*: _____
- 9 . श्रेणी * : अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य
- 10 बैंक/डाकघर के ब्यौरे (नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम दर्शाने वाली पास बुक के पृष्ठ की प्रति संलग्न करें) *:
 ग) आधार नम्बर से सृजित किसी भी रिपोर्ट में लाभार्थी के बैंक खाते, मोबाइल नंबर को xxxx xxxx 1234 प्रारूप में दर्शाया जाना चाहिए (केवल अंतिम 04 अंक ही सार्वजनिक रूप से दृश्यमान रिपोर्ट में दिखाई देने चाहिए)।
 i. बैंक / डाकघर खाते के अनुसार नाम : _____
 ii. खाता संख्या : _____
 iii. बैंक का नाम / आईपीपीबी शाखा का नाम : _____
 iv. शाखा का नाम (बैंक खाते के मामले में) : _____
 v. आईएफएससी कोड (बैंक खाता के मामले में): _____

- vi. डाकघर का पता (पो.आ. के मामले में): _____
- vii. डाकघर का पिन कोड (पो.आ. के मामले में): _____
- viii. क्या डाकघर/बैंक खाता आधार से लिंक है? हां / नहीं

- 11 क्या लाभार्थी को पुरानी एमबीपी योजना में नामांकित किया गया था? हां / नहीं
- 12 यदि हां तो कृपया पुराने एमबीपी के अंतर्गत लाभार्थी को पहले से प्राप्त किस्त पर ✓ को अंकित करें ।
कोई नहीं पहली किस्त (रुपये 3000/-) दूसरी किस्त (रुपये 3000/-)

13. लाभार्थी द्वारा वचन *

मैं इसके द्वारा सत्यनिष्ठा से इसकी पुष्टि करती हूँ:

क. कि मैं केन्द्रीय / राज्य सरकार / सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम का कर्मचारी नहीं हूँ

ख. कि मैं अपने नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए पात्र नहीं हूँ

ग. नीचे दिए गए किसी भी एक का चयन करें,

i. जिस लाभार्थी के पास आधार है

मैं एतद द्वारा आधार अधिनियम,2016 और तत्संबंधी विनियमों के अनुसार पीएमएमवीवाई के अंतर्गत लाभों का उपयोग करने के लिए संबंधित सूत्रों को मेरी पहचान की जांच करने और पुष्टि करने के लिए मेरे आधार का उपयोग करने हेतु अपनी सहमति देती हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।

या

ii जिस लाभार्थी के पास आधार नहीं है

मैं आधार के बदले वैध पहचान प्रदान कर रही हूँ। मैं यह पुष्टि करती हूँ कि इस आवेदन की तारीख को मेरे पास कोई आधार कार्ड नहीं है। मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपनी आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और मेरे आधार के विवरण जैसे ही मुझे उपलब्ध होते हैं, मैं उन्हें 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 पाई हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। मैं इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करती हूँ।

घ. कि मैंने इस योजना के अंतर्गत प्रावधानों का उल्लंघन करके आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

ड. मेरे द्वारा प्रदत्त बैंक खाता विवरण केवल मेरे निजी असाझाकृत बैंक खाते के लिए हैं।

च. इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के उद्देश्य से मैं अपनी गर्भावस्था के बारे में जानकारी का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति देती हूँ।

छ. _____ (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।

मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप **तारीख** **स्थान**

14. पति द्वारा वचनबद्धता*

मैं इसके द्वारा सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करता हूँ:

क. नीचे दिए गए किसी भी एक का चयन करें,

i. इसके द्वारा आधार अधिनियम, 2016 और तत्संबंधी विनियमों के अनुसार इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी पहचान स्थापित और अधिप्रमाणित करने के लिए और मेरे द्वारा संबंधित स्रोतों के माध्यम से दी गई जानकारी का सत्यापन करने हेतु अपनी सहमति देता हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से किसी को साझा नहीं करेगा।

या

ii. कि, आधार के बदले में मैं एक वैध पहचान प्रदान कर रहा हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख को कोई आधार कार्ड नहीं है। मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मैंने इसके लिए मेरी नामांकन आईडी प्रस्तुत की है और जैसे ही मुझे उपलब्ध होती है, अपना 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 सका हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। इसलिए मैं इस योजना के अंतर्गत लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करता हूँ।

ख. कि मैंने इस योजना के अंतर्गत प्रावधानों उल्लंघन करके आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

ग. _____ (पत्नी का नाम, फार्म में यथोक्त रूप में उल्लिखित) मेरी पत्नी है और यदि वह बच्चे को जन्म देती है, तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।

मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार बिल्कुल सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप **तारीख** **स्थान**

15 लाभार्थी की सेहत पहचान पत्र : _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम द्वारा भरा जाने वाला ब्यौरा

16. आंगनवाड़ी केंद्र / अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का ब्यौरा

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम / अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा नाम : _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड* : _____

गांव / कस्बे का नाम : _____

ग्राम कोड* : _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता / आशा / एएनएम का नाम* : _____

डाकघर का नाम : _____

परियोजना : _____

जिला* : _____

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र * : _____

17. संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची :

क्रम सं.	संलग्न किये जाने वाले दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न की जाए)	दस्तावेज संलग्न हां नहीं लागू नहीं
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 की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
6.	पति की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
7.	एमसीपी कार्ड	
8.	नाम, अकाउंट नंबर और बैंक का नाम दर्शाने वाली पास बुक का पेज	

आंगनवाड़ी केंद्र / ग्राम में पीएमएमवीवाई के अंतर्गत पंजीकरण की तिथि (दिन / माह / वर्ष)*: _____ / _____ / _____

पर्यवेक्षक / एएनएम को प्रस्तुत करने की तिथि (दिन / माह / वर्ष)*: _____ / _____ / _____

हस्ताक्षर

तिथि:

स्थान:

पर्यवेक्षक / एएनएम द्वारा सत्यापन*

मैं, श्रीमती _____ ने इस फार्म में दी गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह फार्म विधिवत पूर्ण है।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

क्षेत्र कोड:

----- ✂ ----- ✂ -----

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती* (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम द्वारा)

गांव / टाउन नाम :

आंगनवाड़ी केंद्र कोड* :

ग्राम कोड*:

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम का नाम* :

डाकघर का नाम:

सेक्टर का नाम:

परियोजना / स्वास्थ्य ब्लॉक नाम :

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेशों*:

श्रीमती* _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा फॉर्म 1-क प्रस्तुत किया है।

हस्ताक्षर

तिथि:

स्थान:

(प्रोफार्म भरकर केवल प्राधिकृत व्यक्ति को ही प्रस्तुत किए जाएं)

फार्म-1 ख

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत द्वितीय किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

* अनिवार्य क्षेत्र

1. मै, श्रीमती _____ (लाभार्थी का पंजीकृत नाम)* ने प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा/ग्राम _____ में पंजीकरण कराया है।
2. लाभार्थी का आधार/पहचान संख्या*: _____ (प्रमाण की प्रति संलग्न करें)
उपलब्ध कराया गया पहचान साक्ष्य (यथोचित एक पर निशान लगाएं):
 - क) बैंक या पोस्ट ऑफिस का फोटो पासबुक
 - ख) मतदाता पहचान पत्र
 - ग) राशन कार्ड
 - घ) किसान फोटो पासबुक
 - ड.) पासपोर्ट
 - च) ड्राइविंग लाइसेंस
 - छ) पैन कार्ड
 - ज) मनरेगा जॉब कार्ड
 - झ) उसके पति का सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र
 - त्र) राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र
 - ट) राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान-प्रमाण पत्र
 - ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड
 - ड) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़।
3. पी एम एम वी वाई के अंतर्गत आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम*: --/--/-- में पंजीकरण की तारीख
4. एएनसी* तारीख: --/--/--
5. यदि योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है तो हां पर निशान लगाएं*: हां नहीं
(यदि नहीं, तो फार्म 1-क भरें); यदि हां, तो पावती स्लिप की प्रति संलग्न करें)*
6. पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख*: --/--/--
(एमसीपी कार्ड और आधार/पहचान कार्ड की प्रति संलग्न करें)*
7. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र : _____

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

8. आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों /आशा /एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण

आंगनवाड़ी केंद्र /अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम : _____
आंगनवाड़ी केंद्र कोड* : _____
गांव /शहर का नाम : _____
ग्राम कोड* : _____
आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री /आशा /एएनएम का नाम* : _____
पोस्ट ऑफिस का नाम : _____
परियोजना : _____
जिला* : _____
राज्य /संघ राज्य क्षेत्र* : _____

9 संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची :

क्र. सं.	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज	संलग्न दस्तावेज
1.	लाभार्थी का आधार/पहचान कार्ड (पहचान कार्ड वही होना चाहिए जो योजना के अंतर्गत पंजीकरण के लिए प्रयोग किया गया है)	
2.	एमसीपी कार्ड एएनसी विवरण के साथ	
3.	पावती स्लिप	

आंगनवाड़ी केंद्र /ग्राम में पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख (दिन /माह /वर्ष)*:

सुपरवाइजर /एएनएम* को प्रस्तुत करने की तारीख: -----/-----/-----

हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

सुपरवाइजर /एएनएम* द्वारा जांच

मैं, श्रीमती _____ (सुपरवाइजर /एएनएम का नाम)* ने इस फार्म में दी गई सूचना की जांच कर ली है और फार्म पूरा भरा गया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

क्षेत्र कोड



लाभार्थी को दी जाने वाली पावती* (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा)

गांव/शहर का नाम*: _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड*: _____

गांव कोड*: _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*: _____

पोस्ट ऑफिस का नाम : _____

क्षेत्र का नाम : _____

परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम : _____

जिला: _____

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र*: _____

श्रीमती* _____ (नाम) ने (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार सभी दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-बी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर दिनांक स्थान

(प्रोफार्मा भरकर केवल प्राधिकृत व्यक्ति को ही प्रस्तुत किए जाएं)

फार्म 1-ग

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत तृतीय किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

* अनिवार्य क्षेत्र

1. लाभार्थी का नाम* : _____

2. लाभार्थी का आधार/पहचान संख्या* : _____

उपलब्ध कराया गया पहचान साक्ष्य (यथोचित एक पर निशान लगाएं):

- क) बैंक या पोस्ट ऑफिस का फोटो पासबुक
- ख) मतदाता पहचान पत्र
- ग) राशन कार्ड
- घ) किसान फोटो पासबुक
- ङ.) पासपोर्ट
- च) ड्राइविंग लाइसेंस
- छ) पैन कार्ड
- ज) मनरेगा जॉब कार्ड
- झ) उसके पति का सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र;
- त्र) राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र;
- ट) राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान-प्रमाण पत्र;
- ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड;
- ड) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज़।

नोट : इस किस्त के दावे के लिए वैकल्पिक पहचान पत्र केवल जम्मू और काश्मीर, असम और मेघालय में स्वीकार किए जाएंगे।

3. प्रसव की तारीख* : _____

4. क्या प्रसव सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा में हुआ है?* : हाँ नहीं

क. यदि हां सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा का नाम _____

5. यदि योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है तो हां पर निशान लगाएं* : हां नहीं

(यदि नहीं, तो फार्म 1-क भरें); यदि हां, तो पावती स्लिप की प्रति संलग्न करें)*

6. बच्चे/बच्चों का लिंग* :

क. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं)

बहुल जन्मों के मामले में निम्न भरें:

- ख. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं) (जुड़वां बच्चों के मामले में)
ग. पुरुष स्त्री (कृपया निशान लगाएं) (तीन बच्चों मामले में)
घ. पुरुष स्त्री कृपया निशान लगाएं (एक साथ चार बच्चों के जन्म के मामले में)

7. टीकाकरण का प्रथम चक्र*:

- क. बीसीजी या समतुल्य/विकल्प: हां नहीं
ख. ओपीवी या समतुल्य/विकल्प: हां नहीं
ग. डीपीटी या समतुल्य/विकल्प: हां नहीं
घ. हेपाटाइटिस बी या समतुल्य/विकल्प : हां नहीं

8. टीकाकरण के प्रथम चक्र की समाप्ति की तारीख*: _____

9 .यदि लाभार्थी पहले किसी मृत बच्चे की रिपोर्ट करता है तो हां पर निशान लगाएं। हां. नहीं

10. निम्नलिखित की प्रतियां संलग्न करें* :

- क. शिशु जन्म प्रमाण पत्र
ख. टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड

11. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र : _____

12. कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण आंगनवाड़ी

आंगनवाड़ी केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम : _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड*: _____

गांव/शहर का नाम: _____

ग्राम कोड*: _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*: _____

पोस्ट ऑफिस का नाम : _____

परियोजना : _____

जिला*: _____

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र*: _____

लाभार्थी द्वारा तीसरी किस्त के दावे की तारीख*:-----/-----/-----

पर्यवेक्षण /एएनएम को प्रस्तुत किए जाने की तारीख*: -----/-----/-----

13. संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची:

क्र. सं.	संलग्न किए जाने हेतु दस्तावेज (फोटोकापी संलग्न की जानी हैं)	संलग्न किए गए दस्तावेज
1.	लाभार्थी का आधार कार्ड	
2.	टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड	
3.	शिशु जन्म प्रमाण पत्र	
4.	पावती स्लिप	

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

पर्यवेक्षक/एएनएम* द्वारा जांच

मैं, श्रीमती ने फार्म में दी गई सूचना की जांच कर ली है तथा फार्म पूरा भरा गया है।

हस्ताक्षर

नाम

दिनांक

सेक्टरकोड

..... ✂ ✂

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती* (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा)

गांव/शहर का नाम*:

आंगनवाड़ी केंद्र कोड*:

गांव कोड*:

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*:

पोस्ट ऑफिस का नाम :

सेक्टर का नाम :

परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम :

जिला:

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र*:

श्रीमती* _____ (नाम) ने (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार सभी दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-सी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

फार्म 2: अपेक्षित दस्तावेजों के लिए सुगमता प्रदान करना

(भरा हुआ फार्म केवल अधिकृत व्यक्तियों को प्रस्तुत करना चाहिए)

फार्म 2-क

लाभार्थी के बैंक खाते से आधार से जोड़ने के लिए आवेदन पत्र

(फार्म भरने और बैंक को प्रस्तुत करने में आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी)

अनिवार्य क्षेत्र *

बैंक

शाखा प्रबंधक

बैंक

शाखा.....

दिनांक (दिन/महीना/वर्ष):

प्रिय महोदय/महोदया,

बैंक खाते से आधार/यूआईडी नम्बर को जोड़ना

बैंक खाता संख्या:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

आपकी शाखा (शाखा का नाम.....). में मेरे नाम पर उपर्युक्त बैंक खाता संख्या का मेरा बैंक खाता है। मैं अपना आधार नम्बर प्रस्तुत कर रही हूँ तथा निम्नलिखित के लिए स्वेच्छा पूर्वक अपनी सहमति दे रही हूँ:

- मेरे उपर्युक्त खाते से मेरे नाम में यूआईडीएआई, भारत सरकार द्वारा जारी मेरे आधार/यूआईडी नम्बर जोड़ें।
- इसे एनपीसीआई में मैप करें ताकि मैं अपने उपर्युक्त खाते में भारत सरकार से प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) प्राप्त कर सकूँ। मैं समझती हूँ कि यदि मुझे एक से अधिक लाभ अंतरण देय है तो मैं इस खाते में सभी लाभ अंतरण प्राप्त करूंगी।
- यूआईडीएआई से मुझे अधिप्रमाणित करने के लिए मेरे आधार विवरण का प्रयोग करें।
- मुझे एसएमएस अलर्ट भेजने के लिए नीचे उल्लिखित मेरे मोबाइल नम्बर और/या ईमेल (यदि उपलब्ध हो) का प्रयोग करें।

आधार/यूआईडी पत्र का विवरण निम्नानुसार है:

आधार नम्बर:

नाम: (जैसा आधार कार्ड में है) (आधार की स्वयं प्रमाणित प्रति संलग्न करें)

मुझे यह बताया गया है कि इसके साथ बैंक को प्रस्तुत की गई मेरी सूचना का प्रयोग उपर्युक्त प्रयोजन के अलावा या कानून की अपेक्षा से भिन्न किसी अन्य प्रयोजन के लिए नहीं किया जाएगा।

भवदीय,

मोबाइल नम्बर. ईमेल: (खाता धारक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

----- ✂ ----- ✂ -----

बैंक खाते से आधार नम्बर को जोड़ने/शामिल करने की पुष्टि:

(आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम के माध्यम से बैंक द्वारा लाभार्थी को प्रदान की जाएगी)

..... (बैंक का नाम) (शाखा) के साथ श्रीमती के निम्नलिखित

खाता संख्या:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

को आधार नम्बर और मोबाइल नम्बर/ईमेल आईडी से जोड़ दिया गया है।

दिनांक.....

(बैंक के प्राधिकृत अधिकारी)

लाभार्थी के डाकघर खाते को आधार से जोड़ने के लिए आवेदन पत्र

(फार्म भरने और बैंक को प्रस्तुत करने में आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी)

अनिवार्य क्षेत्र *

पूरा नाम (कृपया प्रथम, मध्य एवं आखिरी नाम के बीच एक स्थान खाली छोड़ें)

ग्राहक का नाम

खाता संख्या

खाता संख्या

जोड़ने के लिए आधार का ब्यौरा *

आधार नम्बर

आधार कार्ड पर नाम _____

- मैं अपने उपर्युक्त खाते के साथ अपने आधार नम्बर को जोड़ने का अनुरोध करती हूँ।
- मैं आधार कार्ड की प्रतिसंलग्न कर रही हूँ जिसे मैंने विधिवत रूप से प्रमाणित कर दिया है।
- आधार नम्बर का ब्यौरा निम्नानुसार है:

घोषणा

मैं अपना आधार नम्बर प्रस्तुत कर रही हूँ तथा स्वेच्छा से निम्नलिखित के लिए अपनी सहमति दे रही हूँ:

- ◆ मेरे नाम में यूआईडीएआई, भारत सरकार द्वारा जारी मेरे आधार/यूआईडी नम्बर को मेरे उपर्युक्त खाते से जोड़ें।
- ◆ इसे एनपीसीआई में मैप करें ताकि मैं अपने उपर्युक्त खाते में भारत सरकार से प्रत्यक्ष लाभ अंतरण (डीबीटी) प्राप्त कर सकूँ। मैं समझती हूँ कि यदि मुझे एक से अधिक लाभ अंतरण देय है तो मैं इस खाते में सभी लाभ अंतरण प्राप्त करूँगी।
- ◆ यूआईडीएआई से मुझे अधिप्रमाणित करने के लिए मेरे आधार विवरण का प्रयोग करें।
- ◆ मुझे एसएमएस अलर्ट भेजने के लिए डाकघर में पंजीकृत मेरे मोबाइल नम्बर का प्रयोग करें।

मैं, अधोहस्ताक्षरी, वर्तमान एवं भविष्य के लिए भारतीय डाक भुगतान बैंक में अनुरक्षित/खोले गए/ अनुरक्षित किए जाने वाले/खोले जाने वाले मेरे/हमारे सभी खातों के संबंध में समय-समय पर यथासंशोधित आईपीपीबी की वेबसाइट पर प्रदर्शित शर्तों एवं निबंधनों को पढ़ लिया है, समझ लिया है तथा निरपेक्ष रूप से एवं किसी शर्त के बगैर उनका पालन करने तथा उनसे बंधे रहने के लिए सहमत हूँ।

(लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

दिनांक

संलग्नक: मेरे आधार कार्ड की स्वयं प्रमाणित प्रति

केवल डाकघर के प्रयोग के लिए

आधार नम्बर

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

श्री / श्रीमती / सुश्री _____ के

को आईपीपीबी _____ शाखा के साथ खाता संख्या

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

से जोड़ दिया गया है

डाकघर के अधिकृत अधिकारी का नाम _____ आधिकारिक आई डी _____

अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर _____

दिनांक □□/□□/□□

..... ✂ ✂

ग्राहक पावती पर्ची

आधार से जोड़ने के लिए पावती पर्ची:

ग्राहक का नाम _____

खाता संख्या

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

डाकघर के अधिकृत अधिकारी का नाम _____ आधिकारिक आई डी _____

अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर _____

दिनांक □□/□□/□□

.....

आधार (वित्तीय तथा अन्य सब्सिडी, लाभों एवं सेवाओं की लक्षित प्रदायगी) अधिनियम, 2016 की धारा 3(2) के अंतर्गत प्रकटन

मैं पुष्टि करती हूँ कि मैं पिछले 12 महीनों में कम से कम 182 दिन भारत में रही हूँ तथा यूआईडीएआई को मेरे द्वारा प्रदान की गई सूचना (बायोमैट्रिक सहित) मेरी अपनी है तथा बिल्कुल सही, सच और सटीक है। मैं जानती हूँ कि बायोमैट्रिक सहित मेरी सूचना का प्रयोग आधार के सृजन एवं अधिप्रमाणन के लिए किया जाएगा। मैं समझती हूँ कि पहचान संबंधी मेरी सूचना (कोर बायोमैट्रिक को छोड़कर) केवल मेरी सहमति से किसी एजेंसी को अधिप्रमाणन के दौरान अथवा आधार अधिनियम के प्रावधानों के अनुसार प्रदान की जा सकती है। यूआईडीएआई द्वारा निर्धारित प्रक्रिया का अनुसरण करके मुझे पहचान संबंधी अपनी सूचना (कोर बायोमैट्रिक को छोड़कर) को ऐक्सिस करने का अधिकार है।

सत्यापक की मुहर एवं हस्ताक्षर:

(यदि मुहर उपलब्ध न हो सत्यापक को अपना नाम लिखना चाहिए)

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निम्नान

.....
केवल नामांकन एजेंसी द्वारा भरा जाए:

नामांकन की तिथि एवं समय:

पंजीकृत पीएमएमवीवाई लाभार्थी के विवरण अद्यतित करने/परिवर्तित करने के लिए
(लाभार्थी द्वारा विवरण भरे जाएंगे तथा आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम को प्रस्तुत किए जाएंगे)

(अनिवार्य फील्ड)*

लाभार्थी का नाम*: _____

लाभार्थी का आधार नम्बर/आधार ईआईडी/पहचान नम्बर*: _____

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम का नाम*: _____

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम कोड*: _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*: _____

परिवर्तन के लिए अनुरोध (कृपया✓निशान लगाएं)*:

- पता मोबाइल नम्बर बैंक खाता ब्यौरा आधार कार्ड में नाम के अनुसार नाम
 आधार के विवरणों से पहचान प्रमाण को प्रतिस्थापित करना

पता	
पुराना: घर का नम्बर/प्लैट का नम्बर: गली/बिल्डिंग का नाम: ग्राम/ कस्बा/शहर*: ब्लॉक: डाकघर का नाम : जिला*: राज्य/संघ राज्य क्षेत्र*: पिनकोड*:	नया: घर का नम्बर/प्लैट का नम्बर: गली/बिल्डिंग का नाम: ग्राम/ कस्बा/शहर*: ब्लॉक: डाकघर का नाम : जिला*: राज्य/ संघ राज्य क्षेत्र*: पिनकोड*:
मोबाइल नम्बर	
पुराना*:	नया*:
बैंक/डाकघर खाते का विवरण	
पुराना*: बैंक/डाकघर खाते के अनुसार नाम: खाता संख्या: बैंक का नाम/डाकघर का नाम: शाखा का नाम (अगर बैंक खाता हो): आईएफएससी कोर्ड (अगर बैंक खाता हो): क्या बैंक खाता आधार नंबर से जुड़ा हो? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	नया*: बैंक/डाकघर खाते के अनुसार नाम: खाता संख्या : बैंक का नाम/डाकघर का नाम: शाखा का नाम (अगर बैंक खाता हो): आईएफएससी कोर्ड (अगर बैंक खाता हो): क्या बैंक खाता आधार नंबर से जुड़ा हो? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं

नाम को आधार में दर्ज नाम की तरह बदलना	
पुराना*: आधार में नाम*:	नया*: आधार में नाम*:
<p>पहचान के प्रमाण को आधार से प्रतिस्थापित करना <input type="radio"/> लाभार्थी के लिए या <input type="radio"/> पति के लिए</p>	
पुराना ब्यौरा	नया ब्यौरा
<p>i. आधार नामांकन आईडी*: _____</p> <p>ii. लाभार्थी का नाम (जैसा आधार कार्ड में है)*: _____</p> <p>iii. पहचान संख्या*: _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)</p> <p>iv. पहचान पत्र प्रदान किया गया है (जो उपयुक्त हो उस पर ✓ का निशान लगाएं):</p> <p>क) बैंक या डाकघर फोटो पास बुक ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड घ) किसान फोटो पासबुक ङ) पासपोर्ट च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) पैन कार्ड ज) मनरेगा जॉब कार्ड झ) सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा जारी किया गया उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र; ञ) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा जारी किया गया अन्य कोई फोटो पहचान पत्र; ट) सरकारी शीर्ष नामे पर किसी राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किया गया पहचान का प्रमाण (फोटो सहित); ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड; ड) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज़</p>	<p>i. लाभार्थी का नाम (जैसा आधार कार्ड में है)*: _____</p> <p>ii. आधार नंबर*: _____ (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)</p> <p>लाभार्थी/पति द्वारा घोषणा (जिसके लिए फार्म भरा जा रहा है):</p> <p>मैं एतद्वारा निष्ठापूर्वक पुष्टि करती/करता हूँ कि मैं इस योजना के अंतर्गत लाभ लेने हेतु अपने आधार का प्रयोग करने की अनुमति प्रदान करती/करता हूँ</p> <p>हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान</p> <p>दिनांक स्थान</p>

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा भरे जाने वाले विवरण

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम/अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम : _____

आंगनवाड़ी केंद्र का कोड*: _____

ग्राम/शहर का नाम: _____

ग्राम कोड*: _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*: _____

डाकघर का नाम: _____

परियोजना: _____

जिला*: _____

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र*: _____

संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची:

क्र.सं.	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज (छायाप्रति संलग्न करनी है)	संलग्न दस्तावेज हां लागू नहीं
1.	लाभार्थी का अद्यतन आधार कार्ड	
2.	लाभार्थी का पुराना आधार कार्ड	
3.	नई पास बुक का पृष्ठ जिस पर नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम लिखा हो	
4.	वैकल्पिक पहचान पत्र की प्रति (पहचान पत्र योजना के अंतर्गत पंजीकरण के लिए प्रयुक्त पहचान पत्र के जैसा होना चाहिए)	

पर्यवेक्षक/एएनएम द्वारा सत्यापन*

मैं, श्रीमती _____ इस फार्म में उल्लिखित सूचना का सत्यापन करती हूं तथा यह भी कि फार्म विधिवत रूप से पूर्ण है

हस्ताक्षर

दिनांक

सैक्टर कोड

..... ✂

लाभार्थी को प्रदान की जाने वाली पावती (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा)*:

श्रीमती* _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा गया फार्म 3 प्रस्तुत किया है।

योजना के डाटाबेस को अपडेट करने के लिए निम्नलिखित खंडों को भरा गया:

- पता
- मोबाइल नम्बर
- बैंक/डाकघर खाते के विवरण
- आधार की तरह नाम में परिवर्तनकरना
- आधार के विवरणों से पहचान के अन्य प्रमाण को प्रतिस्थापित करना

हस्ताक्षर

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री का नाम/आशा/एएनएम

दिनांक

स्थान

भरा हुआ फार्म केवल अधिकृत व्यक्तियों को प्रस्तुत किया जाना चाहिए

फार्म 4

पीएनएमवीवाई के अंतर्गत लाभार्थियों का मासिक रिकार्ड

रजिस्टर के रूप में रखा जाएगा तथा संबंधित फील्ड पदाधिकारी द्वारा सभी लाभार्थियों के संबंध में हर महीने भरा जाएगा)

इस रिपोर्ट की प्रति आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम द्वारा मासिक प्रगति रिपोर्ट होगी – कृपया अनुलग्नक-एच और ग देखें)

सूचित माह के लिए लाभार्थियों का विवरण रिकार्ड करने हेतु रजिस्टर का प्रारूप

1. रजिस्टर खोलने की तिथि : _____/_____/_____
2. रिपोर्ट का माह और वर्ष: _____/_____
3. आंगनवाड़ी केंद्र का नाम*:

4. आंगनवाड़ी केंद्र का कोड*:

5. अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा*:

6. ग्राम /शहर का नाम*:

7. ग्राम कोड (एलजीडी कोड)*:

8. आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम का नाम*:

9. डाकघर का नाम:

10. पर्यवेक्षक/एएनएम का नाम:

11. परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम:

12. जिला*:

13. राज्य /संघ राज्य क्षेत्र*:

14. पर्यवेक्षक/एएनएम को प्रस्तुत करने की तिथि:

15. सीडीपीओ/एमओ को प्रस्तुत करने की तिथि:

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/आशा/एएनएम के हस्ताक्षर _____

पर्यवेक्षक/एएनएम के हस्ताक्षर _____

पंजीकृत पीएमएमवीवाई लाभार्थियों की मासिक स्थिति

फार्म 4-ख

क्र. सं.	पूरा नाम (जैसा आधार/ वैकल्पिक आईडी में है)	आधार नम्बर/ वैकल्पिक आईडी नम्बर	श्रेणी (अ.जा./अ. व.जा./ अन्य)	रियोटींग माह में स्थिति		लाभार्थी का प्रकार (एक पर ✓ निशान लगाएँ)	नई रूढ़ी		पिछले माह से लंबित (एक से अधिक हो सकती है)	प्राप्त किस (किसे) (यथा लागू पहली/दूसरी/तीसरी किस्त लिखें अथवा यदि लागू न हों तो '0' लिखें) (पर्यवेक्षक/एनएम से प्राप्त भुगतान के विवरणों की प्राप्ति पर भरो)		इस माह देय	इस माह प्राप्त किया गया (एक से अधिक हो सकती है)	बैंक/ साकघर खाता संख्या	मोबाईल नम्बर	योजना से बाहर निकलने के कारण लिखें (संगत कोड लिखें)	
				गर्भवती-पी स्तनपान कराने वाली-एल	गर्भधारण/ स्तनपान का माह		पुराना (पिछले माह से आगे लांर)	नव गर्भवती		अंतःप्रवासन							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15				

0. सभी देय किस्तों प्राप्त की है
1. बाहेप्रवासन
2. लाभार्थी की मृत्यु
3. बन्ध की मृत्यु
4. छह सप्ताह तक पता नहीं चला
5. मृत शिशु का जन्म
6. गर्भपात

पी= _____ एल= _____ कुल= _____	पी= _____ एल= _____ कुल= _____	पी= _____ एल= _____ कुल= _____	पहली= दूसरी= तीसरी= कुल=	पहली= दूसरी= तीसरी= कुल=	कुल=
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------

(केवल अधिकृत व्यक्तियों द्वारा प्रयोग किए जाने के लिए)

माह का सारांश :

माह: _____

वर्ष: _____

गर्भवती महिलाओं की संख्या (पी)	स्तनपान कराने वाली महिलाओं की संख्या (एल)
पी1 _____	एल1 _____
पी2 _____	एल2 _____
पी3 _____	एल3 _____
पी4 _____	एल4 _____
पी5 _____	एल5 _____
पी6 _____	एल6 _____
पी7 _____	
पी8 _____	
पी9 _____	
कुल पी: _____	कुल एल: _____
सकल योग(पी + एल): _____	

मासिक, तिमाही तथा वार्षिक व्यय विवरण का प्रारूप (एसओई)

एस्करो खाते में निधि की उपलब्धता

अगले माह की 5 तारीख तक महिला एवं बाल विकास मंत्रालय को ईमेल द्वारा भेजा जाए

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का नाम	
बैंक का नाम	
खाता संख्या	
आई.एफ.एस. कोड	
रिपोर्ट का माह तथा वर्ष (माह/वर्ष)	
01/माह/वर्ष को अथ-शेष	
माह के दौरान म.बा.वि.मं. द्वारा जमा की गई राशि	
राज्य/संघ राज्य क्षेत्र द्वारा माह के दौरान जमा की गई राशि	
माह के दौरान मातृ लाभों के नामे डाली गई राशि	
रिपोर्ट के माह के अंतिम दिन पर एस्करो खाते का इतिशेष	

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र के नोडल अधिकारी का ब्यौरा:

1. नाम _____
2. पदनाम _____
3. मोबाइल नम्बर _____
4. हस्ताक्षर _____
5. रिपोर्ट की तारीख _____

भाग क – प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के व्यय का तिमाही विवरण

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का नाम: _____ वित्त वर्ष: _____

तिमाही: I (अप्रैल-जून)/ II (जुलाई-सितंबर) III (अक्तूबर-दिसंबर)/ IV (जनवरी-मार्च)

क्र.सं.	संस्वीकृति संख्या तथा तारीख	राशि (रुपयों में)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.	पिछले वर्ष का शेष अव्ययित	
6.	कुल	

प्रमाणित किया जाता है कि हाशिए में दिए गए इस मंत्रालय/विभाग के पत्र(पत्रों) की संख्या के अंतर्गत _____ के पक्ष में वर्ष _____ की I/II/III/IV तिमाही तक संस्वीकृत सहायतानुदान के _____ रुपये तथा पिछले वर्ष के अव्ययित शेष के कारण _____ रुपये में से _____ रुपये की राशि जिस प्रयोजन के लिए यह संस्वीकृत की गई थी उसके लिए उपयोग कर ली गई है तथा वर्ष की I/II/III/IV तिमाही के अंत में _____ रुपये का अनप्रयुक्त शेष है ।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं स्वयं संतुष्ट हूँ कि जिन शर्तों पर सहायतानुदान संस्वीकृत किया गया था, उन्हें उपयुक्त रूप से पूरा कर दिया गया है और यह कि मैंने यह देखने के लिए कि राशि का वास्तविक रूप से उसी प्रयोजन के लिए उपयोग किया गया है जिसके लिए यह संस्वीकृत की गई थी, निम्नलिखित जांच की प्रक्रिया पूरी कर ली है ।

की गई जांचों के प्रकार :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

हस्ताक्षर _____

पदनाम _____

दिनांक _____

भाग ख: वास्तविक

1. पीएमएमवीवाई-परियाजनाओं/स्वास्थ्य ब्लॉकों की संख्या: _____
2. पीएमएमवीवाई-आंगनवाड़ी केंद्रों/गांवों की संख्या: _____
3. संविदात्मक कर्मचारियों का ब्योरा:

क्र. सं.	पद का नाम	संस्वीकृत संख्या	भरे हुए पदों की संख्या	मासिक पारिश्रमिक (रुपयों में)	I/II/III/IV तिमाही में व्यय (रुपये लाख में)	I/II/III/IV तिमाही तक संचयी व्यय (रुपये लाखों में)
1.	राज्य कार्यक्रम समन्वयक					
2.	राज्य कार्यक्रम सहायक					
3.	जिला कार्यक्रम समन्वयक					
4.	जिला कार्यक्रम सहायक					
	कुल					

I/ II/ III/ IV
तिमाही में

I/II/III/ IV
तिमाही तक संचयी

4. लाभान्वित लाभार्थियों की संख्या (पीएमएमवीवाई.(सीएस) से विवरण प्रस्तुत करें:

पहली किस्त

दूसरी किस्त

तीसरी किस्त

5. कुल लाभार्थियों की संख्या जिन्हें सभी देय किस्तें प्राप्त हो गई है।:

6. क. परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक स्तरीय पीएमएमवीवाई संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

- ख. जिला स्तरीय पीएमएमवीवाई संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

- ग. राज्य स्तरीय पीएमएमवीवाई योजना संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

7. तिमाही में लंबित मामले

8. उन लाभार्थियों की संख्या जिनके भुगतान तिमाही में देय थे परंतु उन्हें देय किस्त प्राप्त नहीं हुई ।

9. भुगतान में विलंब के कारण

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर तथा मुहर

नाम: _____

पदनाम: _____

संपर्क के विवरण: _____

भाग ग: वित्तीय

	केंद्र का अंश (रुपये लाखों में)	राज्य का अंश (रुपये लाखों में)
1. पिछले वित्तीय वर्ष के दौरान निर्मुक्त की गई निधियां	_____	_____
2. पिछले वित्तीय वर्ष में किया गया व्यय	_____	_____
3. (क) पिछले वित्तीय वर्ष में अप्रयुक्त गया शेष (1.-2.)		
या		
(ख) पिछले वित्तीय वर्ष में किया गया अधिक व्यय (2. -1.)	_____	_____
4. चालू वर्ष में I/II/III/IV तिमाही के अंत में निर्मुक्त की गई निधियां		
(संस्वीकृति आदेश संख्या _____ तारीख: _____)	_____	_____
(संस्वीकृति आदेश संख्या _____ तारीख: _____)	_____	_____
(संस्वीकृति आदेश संख्या _____ तारीख: _____)	_____	_____
(संस्वीकृति आदेश संख्या _____ तारीख: _____)	_____	_____
5. उपलब्ध वास्तविक निधियां [4. + 3. (क) या 4.- 3. (ख) जैसा भी मामला हो]	_____	_____

6. तिमाही के दौरान किया गया व्यय

	केंद्र का अंश (रुपये लाखों में)		राज्य का अंश (रुपये लाखों में)	
	I/II/III/IV तिमाही में	I/ II/III/ IV तिमाही तक संचयी	I/II/III/IV तिमाही में	I/ II/III/ IV तिमाही तक संचयी
6. क. लाभार्थियों को सशर्त नकद अंतरण की लागत (एस्करो खाते से भरे जाने वाले विवरण)				
पहली किस्त	_____	_____	_____	_____
दूसरी किस्त	_____	_____	_____	_____
तीसरी किस्त	_____	_____	_____	_____
6. ख. राज्य पीएमएमवीवाई प्रकोष्ठ	_____	_____	_____	_____
6. ग. जिला पीएमएमवीवाई प्रकोष्ठ	_____	_____	_____	_____
6. घ. प्रशिक्षण, क्षमता निर्माण तथा आईईसी	_____	_____	_____	_____
6. ङ. आकस्मिक व्यय	_____	_____	_____	_____
6. च. कुल	_____	_____	_____	_____
7. अप्रयुक्त निधियां	_____	_____	_____	_____
कारण:	_____			
8. अधिक व्यय	_____	_____	_____	_____
कारण:	_____			

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर तथा सील

नाम: _____

पदनाम: _____

संपर्क नम्बर : _____

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के व्यय का वार्षिक विवरण

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का नाम: _____ वित्त वर्ष: _____

भाग क: वार्षिक पीएमएमवीवाई उपयोगिता प्रमाण पत्र

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का नाम: _____ वित्त वर्ष: _____

क्र.सं.	संस्वीकृति संख्या तथा तारीख	राशि (रुपयों में)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.	पिछले वर्ष का शेष अव्ययित	
6.	कुल	

प्रमाणित किया जाता है कि हाशिए में दिए गए इस मंत्रालय/विभाग के पत्र(पत्रों) की संख्या के अंतर्गत _____ के पक्ष में वर्ष के दौरान संस्वीकृत सहायतानुदान के _____ रुपये में से तथा पिछले वर्ष के अव्ययित शेष के कारण _____ रुपये में से _____ रुपये की राशि उस प्रयोजन के लिए लिए उपयोग कर ली गई हैं जिसके लिए यह संस्वीकृत की गई थी और वर्ष के अंत में अप्रयुक्त शेष _____ रुपये अगले वर्ष के दौरान देय सहायतानुदान में समायोजित कर दिए जाएंगे ।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं स्वयं संतुष्ट हूँ कि जिन शर्तों पर सहायतानुदान संस्वीकृत किया गया था, उन्हें उपयुक्त रूप से पूरा कर दिया गया है और यह कि मैंने यह देखने के लिए कि राशि का वास्तविक रूप से उसी प्रयोजन के लिए उपयोग किया गया है जिसके लिए यह संस्वीकृत की गई थी, निम्नलिखित जांचों की प्रक्रिया पूरी कर ली है ।

की गई जांचों के प्रकार :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर और सील : _____

नाम _____

पदनाम _____

दिनांक _____

भाग ख: भौतिक

1. पीएमएमवीवाई—परियाजनाओं/स्वास्थ्य ब्लॉकों की संख्या: _____
2. पीएमएमवीवाई—आंगनवाड़ी केंद्रों/गांवों की संख्या: _____
3. संविदात्मक कर्मचारियों का ब्योरा:

क्र. सं.	पद का नाम	संस्वीकृत संख्या	भरे हुए पदों की संख्या	मासिक पारिश्रमिक (रुपयों में)	कुल वास्तविक वार्षिक व्यय (रुपये लाखों में)
1.	राज्य कार्यक्रम समन्वयक				
2.	राज्य कार्यक्रम सहायक				
3.	जिला कार्यक्रम समन्वयक				
4.	जिला कार्यक्रम सहायक				
	कुल				

I/ II/ III/ IV
तिमाही में

I/II/III/ IV
तिमाही तक संचयी

4. लाभान्वित लाभार्थियों की संख्या (पीएमएमवीवाई.(सीएस) से विवरण प्रस्तुत करें:

पहली किस्त

दूसरी किस्त

तीसरी किस्त

5. कुल लाभार्थियों की संख्या जिन्हें सभी देय किस्तें प्राप्त हो गई है।:

6. क. इस वर्ष परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक स्तरीय पीएमएमवीवाई संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

- ख. इस वर्ष जिला स्तरीय पीएमएमवीवाई योजना संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

- ग. इस वर्ष राज्य स्तरीय पीएमएमवीवाई संचालन तथा निगरानी समिति की आयोजित बैठकों की संख्या:

7. चालू वर्ष के अंत में लंबित मामले

8. उन लाभार्थियों की संख्या जिनके भुगतान वर्ष में देय थे परन्तु उन्हें अभी देय किस्त प्राप्त नहीं हुई:

9. भुगतान में विलंब के कारण

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर तथा मुहर

नाम: _____

पदनाम: _____

संपर्क के विवरण: _____

भाग ग: वित्तीय

केंद्र का हिस्सा
(रुपये लाखों में)

1. पिछले वित्तीय वर्ष के दौरान निर्मुक्त की गई निधियां _____
2. पिछले वित्तीय वर्ष के दौरान किया गया व्यय _____
3. (क) पिछले वित्तीय वर्ष में अप्रयुक्त गया शेष (1-2.) _____

या

- (ख) पिछले वित्तीय वर्ष में किया गया अधिक व्यय (2-1.) _____

4.

तिमाही	संस्वीकृत आदेश संख्या	तारीख (दिन/ माह/वर्ष)	राशि (रुपयों में)	तारीख को राज्य को प्राप्त हुए (दिन/माह/वर्ष)
तिमाही I (अप्रैल-जून)				
तिमाही II (जुलाई-सित)				
तिमाही III (अक्तू-दिस)				
तिमाही IV (जन.मार्च)				
कुल				

5. उपलब्ध निवल निधियां [4+3 (क) या 4-3 (ख)] जैसा भी मामला हो, _____

केंद्र का अंश
(रुपये लाखों में)

राज्य का अंश
(रुपये लाखों में)

6.	तिमाही के दौरान किया गया व्यय		
6. क.	लाभार्थियों को सशर्त नकद अंतरण की लागत		
i.	पहली किस्त	_____	_____
ii.	दूसरी किस्त	_____	_____
iii.	तीसरी किस्त	_____	_____
6. ख.	राज्य पीएमएमवीवाई प्रकोष्ठ	_____	_____
6. ग.	जिला पीएमएमवीवाई प्रकोष्ठ	_____	_____
6. घ.	प्रशिक्षण, क्षमता निर्माण तथा आईईसी	_____	_____
6. ङ.	आकस्मिक व्यय	_____	_____
6. च.	कुल	_____	_____
7.	अप्रयुक्त निधियां	_____	_____
8.	कारण	_____	_____
9.	अधिक व्यय	_____	_____

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर तथा सील

नाम: _____

पदनाम: _____

संपर्क नम्बर : _____