



“आपकी बेटी हमारी बेटी”
महिला एवं बाल विकास विभाग
हरियाणा सरकार
आवेदन पत्र



लामार्थी पहचान संख्या (डाटा प्रवृष्टि के समय आवंटित किया जाएगा।) _____

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

जिला _____ खण्ड _____

कृपया एक पर (V) लगाएं ग्रामीण शहरी

1. प्रार्थी का नाम (माता/पिता/अभिभावक) _____
2. प्रार्थी की आधार नम्बर _____
3. लामार्थी के पिता का नाम _____
4. लामार्थी की माता का नाम _____
5. स्थायी पता पत्राचार पता



मकान संख्या _____						
गली/सैक्टर/मोहल्ला _____						
गांव/शहर _____						
तहसील _____						
पिन कोड <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> मोबाईल नं० _____						
जिला _____						
फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित _____						
ई-मेल _____						

मकान संख्या _____						
गली/सैक्टर/मोहल्ला _____						
गांव/शहर _____						
तहसील _____						
पिन कोड <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> माईल नं० _____						
जिला _____						
फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित _____						
ई-मेल _____						

6. पहली/बड़ी लड़की का नाम _____
7. पहली लड़की की जन्म तिथि:-

(दि०)	(माह)	(वर्ष)
8. पहली लड़की का आधार नं० _____
9. दूसरी लड़की का नाम (केवल एक लड़की होने पर लागू नहीं लिखिए) _____
10. दूसरी लड़की की जन्म तिथि:-

(दि०)	(माह)	(वर्ष)
11. दूसरी लड़की का आधार नम्बर _____
12. परिवार में कुल जीवित बच्चों की संख्या:- लड़कों की संख्या लड़कियों की संख्या
13. प्रार्थी की श्रेणी:- अनुसूचित जाति पिछड़ा वर्ग अन्य
14. गरीबी रेखा से नीचे (बी.पी.एल.) हां नहीं यदि हां तो नं० लिखें

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

प्रमाणपत्र

मैं _____ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी तथ्यानुसार है। जानकारी के गलत पाए जाने पर मेरा आवेदन पत्र किसी भी समय पर रद्द किया जा सकता है।

आवेदक के हस्ताक्षर
दिनांक :

सत्यापन

मैं प्रमाणित करती हूँ कि श्रीमति _____ पत्नी श्री _____ ने प्रथम/द्वितीय बेटी को जन्म दिया है तथा प्रथम/द्वितीय बेटी का नाम आंगनवाड़ी केन्द्र में पंजीकृत कर लिया गया है।

सुपरवाईजर/एल० एच० वी० के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

आंगनवाड़ी वर्कर/ए० एन० एम० के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

छानबीन

सुपरवाईजर द्वारा सत्यापन के आधार पर यह फार्म डी०पी०ओ० को भुगतान के लिये अग्रहित किया जाता है।

सहायक के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

डब्ल्यू० सी० डी० पी० ओ०/एम० ओ०
नाम :
दिनांक :



“Aapki Beti Hamari Beti”
Women & Child Development Department
Haryana Government
Application Form



Beneficiary ID No. _____
 (to be assigned at the time of data entry)

District _____ Block _____
 Please Tick one (✓) Rural Urban

Photograph of
Applicant

1. Name of Applicant (Mother/Father/Guardian) _____
2. Adhaar Card number of Applicant:- _____
3. Father's Name _____
4. Name of Mother of beneficiary _____
5. Permanent Address _____

House No. _____
 Street/Sector/Mohalla _____
 Village/ City _____
 Tehsil _____
 PIN Code _____ Mobile No. _____
 District _____
 Phone NO. With STD Code. _____
 E-Mail _____

Correspondence Address

House No. _____
 Street/Sector/Mohalla _____
 Village/ City _____
 Tehsil _____
 PIN Code _____ Mobile No. _____
 District _____
 Phone NO. With STD Code. _____
 E-Mail _____

6. Name of 1st /Elder Girl Child _____

7. Date of Birth of 1st Girl Child (DD) / (MM) / (YYYY) _____

8. Adhaar Number of 1st Girl child _____

9. Name of 2nd Girl Child _____
 (Write NA in case of only one girl child)

10. Date of Birth of 2nd Girl Child :- (DD) / (MM) / (YYYY) _____

11. Adhaar Number of 2nd Girl child _____

12. Total no. of children in family including live birth:- No. of Boys No. of Girls

13. Category of applicant SC BC Other

14. Please tick (✓) one only Below Poverty Line (BPL) Yes If Yes BPL No. _____ No
 (Please tick (✓) one only)

Certificate

I _____ certify that the particular provided by me are true to the best of my knowledge. In case, the information is found incorrect, my application may be cancelled at any stage.

Signature of Applicant
Date :

Verification

I verify that Smt. _____ W/o _____ has given birth to the 1st Girl / 2nd Girl child. The name of 1st / 2nd Girl Child has been registered in the Anganwadi centre.

Signature of Supervisor/LHV
Name :
Date :

Signature of Anganwadi Worker/ ANM
Name :
Date :

Scrutiny

On the basis of verification done by supervisor of the circle, I forward the case to District Programme Officer for payment/ investment.

Signature of Dealing Assistant
Name :
Date :

Signature of CDPO/MO
Name :
Date :