

# PMMVY की पहली किरत के दावे के लिए पंजीकरण के हेतु आवेदन

★ अनिवार्य

व्यक्तिगत विवरणी

## 1 लाभार्थी का विवरण

1. क्या लाभार्थी के पास आधार कार्ड है? हाँ  नहीं   
यदि हाँ है तो,
2. लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)\* :  
.....
3. आधार संख्या\* : .....  
(आधार कार्ड की प्रति संलग्न)  
यदि नहीं है, तो
4. आधार नामांकन ID (EID) : .....
5. लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र में जैसा है) \* :  
.....
6. पहचान संख्या\* : .....  
(पहचान कार्ड की छायाप्रति संलग्न)
7. पहचान पत्र के रूप में दिया गया है  
क) बैंक या डाकघर खाता का फोटो युक्त पासबुक  
ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड  
घ) किसान फोटो पासबुक ड) पासपोर्ट  
च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) PAN कार्ड  
ज) MGNREGS जॉब कार्ड  
झ) सरकार या किसी भी सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी किए गए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र  
ञ) राज्य सरकार या केन्द्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा जारी किया गया कोई भी अन्य फोटो पहचान पत्र  
ट) अपने आधिकारिक लेटरहेड में किसी राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए गए फोटोग्राफ के साथ पहचान का प्रमाण पत्र  
ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (PHC) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड  
ड) राज्य सरकार या केन्द्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट कोई भी अन्य दस्तावेज

## 2 पति का विवरण

1. क्या पति के पास आधार कार्ड है? हाँ  नहीं   
यदि हाँ है तो,
2. पति का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)\* :  
.....
3. पति का आधार कार्ड नम्बर .....  
(पति के आधार कार्ड की प्रति संलग्न)  
यदि नहीं है, तो
4. आधार नामांकन ID (EID) : .....
5. लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र में जैसा है)\* :  
.....
6. पहचान संख्या\* : .....  
(पहचान कार्ड की छायाप्रति संलग्न)
7. पहचान पत्र के रूप में दिया गया है  
क) बैंक या डाकघर खाता का फोटो युक्त पासबुक  
ख) मतदाता पहचान पत्र ग) राशन कार्ड  
घ) किसान फोटो पासबुक ड) पासपोर्ट  
च) ड्राइविंग लाइसेंस छ) PAN कार्ड  
ज) MGNREGS जॉब कार्ड  
झ) सरकार या किसी भी सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी किए गए उसके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र  
ञ) राज्य सरकार या केन्द्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा जारी किया गया कोई भी अन्य फोटो पहचान पत्र  
ट) अपने आधिकारिक लेटरहेड में किसी राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी किए गए फोटोग्राफ के साथ पहचान का प्रमाण पत्र  
ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (PHC) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड  
ड) राज्य सरकार या केन्द्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट कोई भी अन्य दस्तावेज

## 3 पता (वर्तमान निवास पता) :

मकान नं०/बिल्डिंग/घर :	स्ट्रीट/रोड/लेन :
स्थल :	क्षेत्र/इलाका :
गाँव/शहर :	डाक घर :
जिला :	उप जिला :
राज्य/के०प० :	पिनकोड :

4. मोबाइल नं० .....

5. आवेदन के लिए : पहली किस्त  2री किस्त  3री किस्त
6. अंतिम मासिक धर्म की तिथि दिनांक\* : ..... (दिन/माह/वर्ष) (MCP कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न)  
(पहली किस्त एवं 2री किस्त का दावा करने के लिए यह अनिवार्य है।)
7. MCP कार्ड पर आंगनबाड़ी केन्द्र/गाँव/मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में पंजीकरण की तिथि :  
..... (दिन/माह/वर्ष) (MCP कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न)
8. इस योजना के तहत लाभ का दावा करने वाले गर्भवती या धात्री महिला के पूर्व के जीवित बच्चों की संख्या .....
9. श्रेणी \* : SC/ST/OTHER
10. बैंक का विवरण/डाकघर खाता (बैंक खाता का वो पृष्ठ जिसमें नाम, खाता संख्या और बैंक नाम के विवरण दिए गए हैं की प्रति संलग्न)\* :
- क) नाम जैसा बैंक/डाकघर खाता में है : .....
- ख) खाता संख्या : .....
- ग) बैंक का नाम / I.P.P.B. शाखा नाम : .....
- घ) शाखा नाम (बैंक खाते के मामले में) : .....
- ङ) IFSC कोड (बैंक खाते के मामले में) : .....
- च) डाकघर का पता (डाकघर के मामले में) : .....
- छ) डाकघर का PIN संख्या (डाकघर के मामले में) : .....
- ज) क्या डाकघर/बैंक खाता आधार से जुड़ा हुआ है : हाँ  नहीं
11. क्या लाभार्थी पुरानी MBP स्कीम में नामांकित किया गया था ? : हाँ  नहीं
12. यदि हाँ, तो पुराने MBP के अंतर्गत लाभार्थी द्वारा प्राप्त किस्त पर सही का निशान लगायें।  
 नहीं  पहली किस्त (3000/-)  दूसरी किस्त (3000/-)
13. लाभार्थी द्वारा उद्घोषणा\*

मैं इसके सत्यनिष्ठा पूर्वक वचन करती हूँ :

- क) कि मैं केन्द्र/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम का कर्मचारी नहीं हूँ।
- ख) कि मैं नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए पात्र नहीं हूँ।
- ग) निम्न में से किसी एक का चयन करें

अ) आधार कार्ड वाले लाभार्थी

मैं इस बात की सहमती करती हूँ कि इस PMMVY के लाभ के लिए जो पहचान और सूचनाएँ प्रदान की है वो आधार अधिनियम 2016 के अनुसार एवं नियम आधार के प्रयोग के लिए हो तथा विभाग मेरी सहमती के बिना इस उद्देश्य के अलावे अन्य किसी दूसरे उद्देश्य के लिए मेरी इस जानकारी का उपयोग नहीं करेगी।

ब) बिना आधार कार्ड के लाभार्थी

मैं आधार कार्ड के बदले यह सूचनाएँ उपलब्ध कर रही हूँ। मैं यह सत्यापित करती हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तिथि तक आधार कार्ड नहीं है। यह भी सत्यापित करती हूँ कि आधार प्राप्त करने के लिए मैंने आवेदन दे दिया है और मैं अपना आधार नामांकन संख्या की जानकारी दे रही हूँ। मैं यह भी सहमत होती हूँ कि जितना जल्दी उपलब्ध हो मैं अपना आधार की विवरणी दे दूँगी। मैं अपना आधार नामांकन संख्या इसलिए नहीं दे रही हूँ कि मैं अपना आधार नामांकन नहीं करवाई

हूँ लेकिन मैं यह करने की इच्छुक हूँ। मैं इस बात की सहमति देती हूँ कि मेरी इस जानकारी का उपयोग इस योजना के लाभ के लिए किया जाये।

- घ) मैंने इस योजना के प्रावधानों के तहत आधार या अन्य पहचान के उपयोग में उल्लंघन नहीं किया है।
- ङ) मेरे द्वारा उपलब्ध कराए गए बैंक खाता विवरण केवल मेरी निजी सुरक्षित बैंक खाते के लिए है।
- च) मैं इस बात की सहमती देती हूँ कि मेरी गर्भावस्था से संबंधित जानकारी का उपयोग इस योजना लाभ पाने के लिए उपयोग किये जा सकते हैं।
- छ) ..... (पति का नाम, जैसा कि इस प्रपत्र में लिखा गया है) मेरे पति हैं और गर्भावस्था के बाद सफल प्रसव होता है, तो हम दोनों के लिए यह बच्चा पहला जीवित बच्चा होगा।

मेरे द्वारा दिए गए उक्त बयान सत्य, पूर्ण और मेरी जानकारी अनुसार सही है।

हस्ताक्षर/लाभार्थी के अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

14. पति द्वारा उद्घोषणा\*

मैं इसके सत्यनिष्ठा पूर्वक वचन करती हूँ :

क) निम्न में से किसी एक का चयन करें

अ) इस बात की सहमती देती हूँ कि इस PMMVY के लाभ लेने के लिए जो पहचान और सूचनाएं प्रदान की हैं वो आधार अधिनियम 2016 के अनुसार एवं नियम आधार के प्रयोग के लिए हो तथा विभाग मेरी सहमती के बिना इस उद्देश्य के अलावे अन्य किसी दूसरे उद्देश्य के लिए मेरी इस जानकारी का उपयोग नहीं करेगी।

ब) घटित हुआ है कि मैं आधार कार्ड के बदले वैध सूचनाएं उपलब्ध कर रही हूँ मैं यह सत्यापित करती हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तिथि तक आधार कार्ड नहीं है। यह भी सत्यापित करती हूँ कि आधार प्राप्त करने के लिए मैंने आवेदन दे दिया है और मैं अपना आधार की विवरणी दे दूंगी। मैं अपना आधार नामांकन संख्या इसलिए नहीं दे रही हूँ कि मैं अपना आधार नामांकन नहीं करवाई हूँ लेकिन मैं यह करने की इच्छुक हूँ। मैं इस बात की सहमती देती हूँ कि मेरी इस जानकारी का उपयोग इस योजना के लाभ के लिए किया जाये।

ख) मैं आधार या अन्य पहचान में इस योजना के तहत प्रावधानों का उल्लंघन नहीं किया है।

ग) ..... (पत्नी का नाम, जैसा कि इस प्रपत्र में लिखा गया है।) मेरे पत्नी है, और गर्भावस्था के बाद सफल प्रसव होता है, तो हम दोनों के लिए यह बच्चा पहला जीवित बच्चा होगा।

मेरे द्वारा दिए गए उक्त बयान सत्य, पूर्ण और मेरे जानकारी अनुसार सही है।

हस्ताक्षर/लाभार्थी के पति के अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

15. लाभार्थी का स्वास्थ्य कार्ड : .....

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता / आशा / ए.एन.एम के द्वारा भरा जाने वाला विवरण\*

16. आंगनबाड़ी केन्द्र / मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र की विवरणी : .....

आंगनबाड़ी केन्द्र का नाम / मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र का नाम : .....

आंगनबाड़ी केन्द्र कोड\* : .....

गाँव / शहर का नाम : .....

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता / आशा / ए.एन.एम नाम\* : .....

डाकघर का नाम : .....

परियोजना : .....

जिला\* : .....

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेश : .....

17. संलग्न दस्तावेजों की जाँच सूची :

क्रम	संलग्न करने वाले दस्तावेज (छायाप्रति संलग्नित करें)	संलग्नित दस्तावेज : हाँ-Y, नहीं-N, लागू N/A
1	लाभार्थी के आधार कार्ड	
2	लाभार्थी की पहचान कार्ड (यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हो)	
3	पति का आधार कार्ड	
4	पति की पहचान कार्ड (यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हो)	
5	लाभार्थी के आधार नामांकन की पर्ची (यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हो)	
6	पति के आधार नामांकन की पर्ची (यदि आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हो)	
7	कार्ड	
8	पास बुक का वो पृष्ठ जिसमें नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम हो	

आंगनबाड़ी केन्द्र पर **PMMVY** पंजीकरण की तिथि / गाँव (दिन / माह / वर्ष) ..... / ..... / .....

पर्यवेक्षक / ए.एन.एम को प्रस्तुत करने की तिथि (दिन / माह / वर्ष) ..... / ..... / .....

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

पर्यवेक्षक / ए.एन.एम. द्वारा सत्यापित\*

मैं, श्रीमती ..... सत्यापित करती हूँ कि प्रपत्र में भरी गयी जानकारी पूर्ण है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती (आंगनबाड़ी/कार्यकर्ता/आशा/ए.एन.एम के द्वारा)

गाँव/शहर का नाम : .....

आंगनबाड़ी केन्द्र कोड\* : .....

गाँव कोड\* : .....

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता/आशा/ए.एन.एम नाम\* : .....

डाकघर का नाम : .....

परियोजना : .....

जिला\* : .....

राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश\* : .....

श्रीमती ..... (नाम) द्वारा भरा गया प्रपत्र - 1A जाँच सूची के अनुसार दस्तावेजों के साथ  
दिनांक ..... को जमा किया गया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती (आंगनबाड़ी/कार्यकर्ता/आशा/ए.एन.एम के द्वारा)

गाँव/शहर का नाम : .....

आंगनबाड़ी केन्द्र कोड\* : .....

गाँव कोड\* : .....

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता/आशा/ए.एन.एम नाम\* : .....

डाकघर का नाम : .....

परियोजना : .....

जिला\* : .....

राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश\* : .....

श्रीमती ..... (नाम) द्वारा भरा गया प्रपत्र - 1B जाँच सूची के अनुसार दस्तावेजों के साथ  
दिनांक ..... को जमा किया गया है।

*Handwritten signature*

हस्ताक्षर

दिनांक

*Handwritten date*

स्थान