

**"Bi-lengual Templates - CDPO Office use only"**

(भरा हुआ फॉर्म केवल अधिकृत व्यक्तियों को प्रस्तुत किया जाना चाहिए)

(FILLED UP FORM SHOULD BE SUBMITTED TO AUTHORISED PERSONS ONLY)

**फॉर्म 1-बी**

Form 1-B

**प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (PMMVY) अन्तर्गत द्वितीय किश्त हेतु आवेदन फॉर्म**

APPLICATION FORM FOR CLAIM OF SECOND INSTALLMENT UNDER PMMVY

\* यह जानकारी भरना अनिवार्य है।

Mandatory fields'

1. मैं, श्रीमती \_\_\_\_\_ (लाभार्थी का पंजीकृत नाम) PMMVY अन्तर्गत आंगनवाडी केंद्र / अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्र / गांव  
I, Smt. \_\_\_\_\_ (Registration name of beneficiary)\*had registered under the PMMVY scheme with Anganwadi Centre / Approved Health Facility /Village  
.....
2. \_\_\_\_\_ में पंजीकृत हूँ।
3. आधार संख्या या लाभार्थी की अन्य परिचय पत्र संख्या \* \_\_\_\_\_ (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें) जो परिचय पत्र दिया गया उस पर सही का निशान लगाएं)

Aadhaar/Identity number of beneficiary\*: \_\_\_\_\_ (enclose copy of proof)

Identity Proof provided (tick one, as appropriate):

- a) बैंक या डाकघर पासबुक की छायाप्रति  
Bank or Post Office photo passbook
- b) मतदाता पहचान पत्र  
Voter ID Card
- c) राशन कार्ड  
Ration Card
- d) किसान फोटो पासबुक  
Kishan Photo Passbook e
- e) पासपोर्ट  
Passport
- f) ड्राइविंग लाइसेंस  
Driving License
- g) पैन कार्ड  
PAN Card
- h) मनरेगा जॉब कार्ड  
MGNREGS Job Card
- i) सरकारी या सार्वजनिक उपक्रम द्वारा जारी किए गए उसके पति का कर्मचारी पहचान पत्र

Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking

- j) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य परिचय पत्र  
Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;
- k) राजपत्रित अधिकारी द्वारा आधिकारिक लेटरहेड पर जारी पहचान पत्र जिस पर फोटो भी लगा हॉ  
Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer on official letterhead;
- l) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड  
Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital;
- m) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य कोई विशिष्ट दस्तावेज  
Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration

4. आंगनवाडी केंद्र /ग्राम में पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण की दिनांक \*-- --/-- --/-- --  
Date of registration under PMMVY at Anganwadi Centre /Village\*: ---/-- --/-- --

5. एएनसी दिनांक \* -- -- /-- -- /-- --  
ANC Date\*: ---/-- --/-- --

6. क्या योजनान्तर्गत पूर्व से पंजीकृत है? हॉ  नहीं   
(यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए भरें) (यदि हॉ, तो आवेदन फार्म 1-ए की पावती पर्ची की प्रति संलग्न करें)  
Tick yes, if already registered under the scheme\*: Yes No (If no, then fill Form 1-A) (If yes, enclose copy of acknowledgement slip)\*

7. PMMVY अन्तर्गत दूसरी किश्त का दावा करने की दिनांक \*-- --/-- --/-- --  
(एमसीपी कार्ड, और आधार कार्ड /पहचान पत्र की एक प्रति संलग्न करें)

Date of claiming the second instalment under PMMVY scheme\* : ---/-- --/-- -- (Enclose a copy of MCP Card, and Aadhaar/Identity Card)\*

8. लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी: \_\_\_\_\_  
Health ID of beneficiary:

हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_

Signature/Thumb Impression \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

-----

**9. आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जावे**

Details to be filled by Anganwadi Worker / ASHA /ANM

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम \_\_\_\_\_

Anganwadi Centre Name/Approved Health Facility Name:

आंगनवाड़ी केंद्र कोड \* \_\_\_\_\_

Anganwadi Centre Code\*:

गांव /शहर का नाम: \_\_\_\_\_

Village/Town Name:

गांव कोड \* \_\_\_\_\_

Village Code\*:

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम \* \_\_\_\_\_

Anganwadi Worker / ASHA /ANM Name\*:

डाकघर का नाम \_\_\_\_\_

Post Office Name

परियोजना: \_\_\_\_\_

Project:

जिला \* \_\_\_\_\_

District\*:

राज्य \* \_\_\_\_\_

State/UT\*:

**10. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट:**

Checklist of documents enclosed:

स. क्र. No	वांछित दस्तावेज Document to be enclosed	संलग्न दस्तावेज हाँ- Y Document Enclosed Yes- Y
1	लाभार्थी का आधार कार्ड/ पहचान पत्र (वही जो पंजीयन के समय दिया था) Aadhaar/Identity Card of beneficiary (Identity Card should be same as the one used for registration under the scheme)	
2	एएनसी विवरण के साथ एमसीपी कार्ड MCP Card with ANC Details	
3	अभिस्वीकृति पावती (प्रथम किश्त की) Acknowledgement Slip	

आंगनवाडी केंद्र / ग्राम में PMMVY योजना के तहत दूसरी किस्त का दावा करने की दिनांक \*  
— / — — /— (दिनांक/माह/वर्ष)

पर्यवेक्षक / एएनएम को प्रस्तुत करने की दिनांक \* — / — — /—

Date of claiming second instalment under PMMVY scheme at Anganwadi Centre /Village  
(dd/mm/yy)\*:

Date of submission to Supervisor / ANM\*: -----/-----/-----

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

सुपरवाइजर द्वारा सत्यापन

### Verification by Supervisor / ANM\*

मैं, श्रीमती \_\_\_\_\_ (सुपरवाइजर का नाम) ने इस आवेदन में प्राप्त  
की गई जानकारी को सत्यापित किया है और प्रपत्र विधिवत पूर्ण है।

I, Smt. \_\_\_\_\_ (Name of Supervisor / ANM)\* have verified the information  
captured in this form and that the form is duly complete.

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ सेक्टर कोड \_\_\_\_\_

Signature

Date

Sector Code

-----

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती/अभिस्वीकृति (आंगनवाडी द्वारा कार्यकर्ता द्वारा)

**Acknowledgement to be given to the beneficiary\* (by Anganwadi Worker / ASHA /ANM)**

ग्राम/नगर नाम \_\_\_\_\_

Village/Town Name\*:

आंगनवाडी केंद्र कोड \* \_\_\_\_\_

**Anganwadi Centre Code\*:**

गांव कोड \* \_\_\_\_\_

**Village Code\*:**

आंगनवाडी कार्यकर्ता का नाम \* \_\_\_\_\_

**Anganwadi Worker / ASHA /ANM Name\*:**

डाकघर का नाम \_\_\_\_\_

**Post Office Name:**

सेक्टर का नाम \_\_\_\_\_

**Sector Name**

परियोजना / स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम \_\_\_\_\_

**Project/health Block Name:**

जिला \_\_\_\_\_

**District:**

राज्य \* \_\_\_\_\_

**State/UT\*:**

श्रीमती \* \_\_\_\_\_ (नाम) ने \_\_\_\_\_ (दिनांक) पर फॉर्म 1-बी चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

**Smt.\* \_\_\_\_\_ (Name) has submitted duly filled Form 1-B along with documents as per checklist on \_\_\_\_\_ (Date**

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_

**Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_**