

**"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 सी**

**Form 1-C**

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

**APPLICATION FORM FOR CLAIM OF THIRD INSTALLMENT UNDER PMMVY**

\* यह जानकारी भरना अनिवार्य है।

Mandatory fields

1- लाभार्थी का नाम \* \_\_\_\_\_

Name of beneficiary\*:

2- 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\*:

3- प्रसव/डिलीवरी का दिनांक \* \_\_\_\_\_

Date of delivery

Yes

No

4- क्या प्रसव/डिलीवरी एक अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्र में हुई थी \* हाँ  नहीं

If Did the delivery take place in Government approved facility?\* Yes  No

a. यदि हाँ, तो अनुमोदित सरकारी सुविधा का नाम \_\_\_\_\_

a. If yes, Name of Government approved facility

5- योजना के तहत पहले से पंजीकृत होने पर हाँ, (कृपया सही का निशान लगाए) हाँ  नहीं   
(यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए) (यदि हाँ, तो पावती की प्रतिलिपि 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)\*

6- बच्चा/बच्चों का लिंग \*

Gender of Child/ Children\*:

a.  पुरुष  महिला (कृपया सही का निशान लगाए)

Male  Female (Please tick)

कई जन्मों के मामले में, निम्नलिखित को भरें:

In case of multiple births, fill the following:

b.  पुरुष  स्त्री (कृपया सही का निशान लगाए) (जुड़वां बच्चों के मामले में)

- Male Female (Please tick) (in case of twins)
- c.  पुरुष  महिला (कृपया सही का निशान लगाए) (एक साथ जन्मे तीन बच्चो के मामले में)
- Male Female (Please tick) (in case of triplets)
- d.  पुरुष  महिला (कृपया सही का निशान लगाए) (एक साथ जन्मे चार बच्चो के मामले में)
- Male Female (Please tick) (in case of quadruplets)

7- बच्चो को टीकाकरण के पहले चक्र में लगाए गए टीके :- \*

**First cycle of Vaccinations given\*:**

- a. बीसीजी या समकक्ष / विकल्प: हाँ  नहीं   
BCG or equivalent/substitute: Yes No
- b. ओपीवी या समकक्ष / विकल्प: हाँ  नहीं   
OPV or equivalent/substitute: Yes No
- c. डीपीटी या समकक्ष / विकल्प: हाँ  नहीं   
DPT or equivalent/substitute: Yes No
- d. हेपेटाइटिस- बी या समकक्ष / विकल्प: हाँ  नहीं   
Hepatitis- B or equivalent/substitute: Yes No

8- टीकाकरण का पहला चक्र पूर्ण होने का दिनांक \* \_\_\_\_\_  
Date of completion of first cycle of vaccinations\*:

9- यदि हितग्राहियों ने किसी भी पिछले मृत/अजन्मे बच्चे के जन्म की जानकारी दी है तो 'हाँ' टिक करें 'हाँ'  नहीं

Tick 'Yes' if beneficiary reports case of any previous still births: Yes No

10- प्रति संलग्न करें \*

**Enclose copies of\*:**

a. बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र

**Child Birth Certificate**

b. टीकाकरण के विवरण के साथ एमसीपी कार्ड

**MCP card with immunization details**

11- लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी: \_\_\_\_\_

**Health ID of beneficiary:**

12- आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण

**Details to be filled Anganwadi Worker / ASHA / ANM**

**13- आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जावे**

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\*:

लाभार्थी द्वारा तृतीय किश्त हेतु आवेदन करने की दिनांक \* — / — / —  
Date of Claiming 3rd Instalment by beneficiary\*: -----/-----/-----

पर्यवेक्षक/एएनएम को प्रस्तुत करने की दिनांक \* — / — / —  
Date of submission to Supervisor / ANM\*: -----/-----/-----

**14- संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट:****Checklist of Documents enclosed:**

स. क्र No	वांछित दस्तावेज (छायाप्रति संलग्न करें) Document to be enclosed (photocopy to be enclosed)	संलग्न दस्तावेज हैं Y Document Enclosed Yes- Y
1	लाभार्थी का आधार कार्ड Aadhaar Card of beneficiary	
2	एमसीपी कार्ड टीकाकरण विवरण के साथ MCP Card with immunisation Details	
3	बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र Child Birth Certificate	
4	अभिस्वीकृति पावती (आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा दी गई इस आवेदन की पावती) Acknowledgement Slip	

हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान  
Signature/Thumb Impression

दिनांक  
Date

स्थान  
Place

सुपरवाइजर द्वारा सत्यापन \*

Verification by Supervisor / ANM\*

मैं, श्रीमती \_\_\_\_\_ ने फॉर्म में प्राप्त की गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह फॉर्म विधिवत पूर्ण है।

I, Smt. \_\_\_\_\_ have verified the information captured in the form and that the form is duly complete.

हस्ताक्षर	नाम	दिनांक	सेक्टर कोड
Signature	Name	Date	Sector Code

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती/अभिस्वीकृति (आंगनवाड़ी द्वारा कार्यकर्ता द्वारा)  
Acknowledgement to be given to beneficiary\* (by Anganwadi Worker / ASHA / ANM)

ग्राम/नगर नाम \_\_\_\_\_

Village/Town Name\*:

आंगनवाड़ी केंद्र कोड \* \_\_\_\_\_

**Anganwadi Centre Code\*:**

गांव कोड \* \_\_\_\_\_

**Village Code\*:**

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

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

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

Signature

Date

Place