



## समेकित बाल विकास सेवाएँ महिला एवं बाल विकास विभाग, राजस्थान

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (पीएमएमवीवाई) के अन्तर्गत पंजीयन एवं प्रथम किश्त हेतु आवेदन फार्म

\*से अंकित जानकारी भरना अनिवार्य है

### 1. लाभार्थी विवरण

i. क्या लाभार्थी का आधार कार्ड है?    हाँ ☐ नहीं ☐  
यदि हाँ,

ii. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (आधार कार्ड के अनुसार)\*

iii. आधार कार्ड संख्या (अंकों में)\* : (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)

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

यदि आधार नहीं है तो (iv, v व vi भरें)

iv. आधार पंजीयन ईआईडी संख्या (EID)

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

v. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (पहचान पत्र के अनुसार)\* :

vi. पहचान पत्र क्रमांक\* :  
(अन्य मान्य पहचान पत्रों की सूची अन्तिम पृष्ठ पर उपलब्ध है। पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)

### 2. पति विवरण

i. क्या पति के पास आधार कार्ड है?    हाँ ☐ नहीं ☐  
यदि हाँ,

ii. पति का नाम अंग्रेजी में (आधार कार्ड के अनुसार)\*

iii. पति का आधार नम्बर (अंकों में)\* : (आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें)

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

यदि आधार नहीं है तो (iv, v व vi भरें)

iv. आधार पंजीयन ईआईडी संख्या (EID)

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

v. पति का नाम अंग्रेजी में (पहचान पत्र के अनुसार)\* :

vi. पहचान पत्र क्रमांक\* :  
(अन्य मान्य पहचान पत्रों की सूची अन्तिम पृष्ठ पर उपलब्ध है। पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें)

3. पता (वर्तमान निवास पता) \* :

मकान नम्बर..... गली/सड़क/लेन..... क्षेत्र/सेक्टर/मौहल्ला..... तहसील.....  
जिला..... राज्य..... पिन कोड..... 4. मोबाईल नम्बर.....

5. आवेदन (टिक लगावें) 1. पहली किश्त (1000/-) 2. दूसरी किश्त (2000/-) 3. तीसरी किश्त (2000/-)

6. अंतिम मासिक धर्म (एलएमपी) तिथि\* : (दिन/माह/वर्ष)

7. आंगनवाड़ी केन्द्र/स्वास्थ्य केन्द्र में ममता कार्ड के पंजीकरण की दिनांक..... (दिन/माह/वर्ष)

8. वर्तमान गर्भावस्था/डिलीवरी से पूर्व जन्में वर्तमान में जीवन बच्चों की संख्या.....

9. श्रेणी/वर्ग\* : अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य

10. बैंक/डाकघर के खाते का विवरण पासबुक के पृष्ठ की प्रति संलग्न करें, जिस पर खाताधारक का नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम लिखा हो\* :

- i. लाभार्थी का नाम अंग्रेजी में (जैसा बैंक/डाकघर के खाते में हो).....
- ii. खाता संख्या.....
- iii. बैंक/डाकघर का नाम..... शाखा का नाम.....
- iv. आईएफएससी (IFSC) कोड (बैंक खाता के मामले में).....
- v. क्या डाकघर/बैंक खाता आधार से लिंक है?    हाँ ☐ नहीं ☐

11. क्या लाभार्थी को पुराने एमबीपी (मातृत्व लाभ कार्यक्रम) योजना में पंजीकृत किया गया था?    हाँ ☐ नहीं ☐

12. यदि हाँ, तो पुराने एमबीपी योजना के तहत लाभार्थी द्वारा पहले से प्राप्त किश्त पर टिक लगावें।

☐ कोई नहीं ☐ पहली किश्त (रु. 3000/-) ☐ दूसरी किश्त (रु. 3000/-) 1

### 13. लाभार्थी विवरण

मैं श्रीमती.....सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करती हूँ कि मैं केन्द्रीय/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम की कर्मचारी नहीं हूँ। मैं अपने निवाक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए पात्र नहीं हूँ।

निम्न में से किसी एक का चयन करें, (जो लागू न हो उसे काटे)

(जिनके पास आधार कार्ड है)

1. मैं अपने सहयोग के आधार अधिनियम, 2016 और नियमों के अनुसार अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए और पीएमएमवीवाई के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए संबंधित स्रोत को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए उपयोग कर रही हूँ। विभाग मेरी सहमति के बिना मेरी पहचान संबंधी जानकारी को किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।

या

(ऐसा लाभार्थी जिनका आधार कार्ड नहीं है)

1. मैं आधार के बदले में वैध पहचान पत्र दे रही हूँ, मैं पुष्टि करती हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख तक कोई भी आधार कार्ड नहीं है। मैं मानती हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और जैसे ही मेरे पास आधार विवरण उपलब्ध होगा मैं, मेरे 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 पायी हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। मैं इस योजना के तहत लाभ का लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए मेरी सहमति भी प्रदान करती हूँ।
2. मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है। मेरे द्वारा प्रदत्त बैंक खाता विवरण केवल मेरा निजी बैंक खाता है, यह किसी दूसरे के साथ साझा (Joint) नहीं है। इस योजना के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए मैं अपनी गर्भावस्था के बारे में जानकारी के उपयोग के लिए अपनी सहमति देती हूँ।
3. ....(पति का नाम, यथोक्त रूप में उल्लेखित) मेरे पति हैं और अगर बच्चे का जन्म होता है तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।
4. मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगुठे का निशान

तिथि.....

स्थान.....

### 14. पति द्वारा विवरण

मैं श्री.....सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करता हूँ नीचे दिये गए किसी भी एक का चयन करें, (जो लागू न हो उसे काटे)

(जिनके पास आधार कार्ड है)

1. मैं अपने सहयोग के आधार अधिनियम, 2016 और नियमों के अनुसार अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए और पीएमएमवीवाई के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए संबंधित स्रोत को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए उपयोग कर रहा हूँ। विभाग मेरी सहमति के बिना मेरी पहचान संबंधी जानकारी को किसी अन्य संस्था को या अन्य किसी भी उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।

या

(ऐसा लाभार्थी जिनका आधार कार्ड नहीं है)

1. मैं आधार के बदले में वैध पहचान पत्र दे रहा हूँ, मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तारीख तक कोई भी आधार कार्ड नहीं है। मैं मानता हूँ कि मैंने अपना आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और जैसे ही मेरे पास आधार विवरण उपलब्ध होगा मैं, मेरे 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 पाया हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने के लिए तैयार हूँ। मैं इस योजना के तहत लाभ का लाभ उठाने के लिए मेरी दूसरी पहचान का उपयोग करने के लिए मेरी सहमति भी प्रदान करता हूँ।
2. मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।
3. श्रीमती.....(पत्नी का नाम, यथोक्त रूप में उल्लेखित) मेरी पत्नी हैं और अगर बच्चे का जन्म होता है तो वह हम दोनों का प्रथम जीवित बच्चा होगा।
4. मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और सटीक हैं।

लाभार्थी के पति के हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान

तिथि.....

स्थान.....

15 लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी.....

## आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण

16. आंगनवाड़ी केन्द्र का नाम.....आंगनवाड़ी केन्द्र का कोड संख्या.....  
 गाँव / शहर का नाम.....गाँव कोड \*.....  
 आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम.....  
 परियोजना.....जिला\*.....राज्य \*.....

### 17. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट

क्र. सं.	संलग्न दस्तावेज (फोटोकॉपी संलग्न करनी है)	दस्तावेज संलग्न (हाँ के लिए Y, नहीं के लिए N लागू नहीं के लिए NA)
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 का आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
6	पति का आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
7	एमसीपी कार्ड (ममता कार्ड)	
8	पास बुक का पृष्ठ जिस में नाम, खाता संख्या और बैंक तथा ब्रांच का नाम हो	

18. प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना अन्तर्गत आंगनवाड़ी केन्द्र में पंजीयन की दिनांक.....दिन/माह/वर्ष  
 19. पर्यवेक्षक को प्रस्तुत करने की दिनांक.....(दिन/माह/वर्ष)  
 20. आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम व.....हस्ताक्षर.....दिनांक.....स्थान.....

### पर्यवेक्षक द्वारा सत्यापन

मैं.....(पर्यवेक्षक का नाम) ने इस फार्म में प्राप्त की गई जानकारी को सत्यापित किया है और यह विधिवत रूप से पूर्ण है।

दिनांक.....सेक्टर नाम व कोड.....नाम व हस्ताक्षर.....



यहां से काटे



### आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा लाभार्थी को दी जाने वाली प्राप्ति रसदी

गाँव/शहर का नाम.....आंगनवाड़ी केन्द्र कोड.....  
 गाँव कोड.....आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम.....  
 सेक्टर का नाम.....परियोजना का नाम.....  
 जिला.....राज्य.....  
 श्रीमती.....(पत्नी का नाम).....पति का नाम.....  
 ने.....दिनांक पर फार्म 1-ए चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता के हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

## प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना

### लाभ

- ❖ पात्र लाभार्थियों को तीन किशतों में रु. 5000/- का भुगतान

### पात्र लाभार्थी

1. प्रधानमंत्री मातृ वन्दना योजना "दिनांक 01.01.2017 से राज्य में प्रभावी होगी अर्थात् दिनांक 01.01.2017 को या उसे पश्चात् प्रथम जीवित बच्चे से संबंधित समस्त गर्भवती महिलाएँ एवं धात्री माताएँ योजना में पात्र होंगी।
2. लाभार्थी के लिए गर्भधारण की तिथि तथा चरण की गणना एमसीपी कार्ड में उसकी पिछले माहवारी चक्र की तिथि (LMP) के आधार पर की जाएगी।
3. एक लाभार्थी केवल एक बार योजना के तहत सशर्त मातृत्व लाभ प्राप्त करने हेतु पात्र होगा।

### अपात्र लाभार्थी

सभी सरकारी/सर्वाजनिक क्षेत्र के उपक्रमों (केन्द्र एवं राज्य सरकारों के) कर्मचारी तथा किसी भी कानून के तहत समान लाभ प्राप्त करने वाली सरकारी/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों में कार्यरत कर्मचारी उक्त योजना में अपात्र होंगी।

### योजना के अंतर्गत तीन किशतों के लिए शर्त

- ❖ **पहली किशत** (गर्भधारण के समय से पंजीकरण के मामले में 1,000/- रुपये)  
एमसीपी कार्ड में गर्भधारण के पंजीकरण का प्रमाण (एलएमपी की तिथि से 150 दिन के अन्दर पंजीकरण)
- ❖ **दूसरी किशत** (गर्भधारण के छह माह बाद 2,000/- रुपये)  
एमसीपी कार्ड पर लाभार्थी की कम से कम एक प्रसव-पूर्व जाँच
- ❖ **तीसरी किशत** (नीचे लिखी शर्तों की पूर्ति पर 2,000/- रुपये)  
बच्चे के जन्म का पंजीकरण कराया गया है तथा इस बात का प्रमाण कि बच्चे ने बीसीजी, ओपीवी, डीपीटी तथा हैपेटाइटिस बी या इसके समतुल्य/एवजी का पहला चक्र प्राप्त कर लिया है।

### आवश्यक दस्तावेज

- |                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| ❖ <b>प्रथम किशत हेतु</b>   | 1. फार्म 1-ए  | 2. लाभार्थी और उसके पति के आधार कार्ड या पहचान का प्रमाण पत्र। |
|                            | 3. एमसीपी कार्ड (ममता कार्ड)  | 4. लाभार्थी के बैंक/डाकघर का विवरण                             |
| ❖ <b>द्वितीय किशत हेतु</b> | 1. फार्म 1-बी   | 2. लाभार्थी और उसके पति के आधार कार्ड या पहचान का प्रमाण पत्र। |
|                            | 3. लाभार्थी के एमसीपी कार्ड की प्रति (कम से कम एक एएनसी) (गर्भधारण के छः महीने बाद आवेदन)           |  |
| ❖ <b>तृतीय किशत हेतु</b>   | 1. फार्म 1-सी   | 2. लाभार्थी और उसके पति के आधार कार्ड या पहचान का प्रमाण पत्र। |
|                            | 3. लाभार्थी के बच्चे के जन्म के प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि।   |  |
|                            | 4. एमसीपी कार्ड की प्रतिलिपि (बच्चे के टीकाकरण या उसके समकक्ष पहला चक्र प्राप्त होने के विवरण सहित) |  |

### आवेदन प्रक्रिया

- ❖ आंगनवाड़ी केन्द्र पर फार्म-1 'ए'/'बी'/'सी' में आवेदन समस्त दस्तावेजों की फोटोकॉपी सहित आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को प्रस्तुत करना होगा।
- ❖ कार्यकर्ता द्वारा आवेदन को प्राप्ति रसीद दी जावेगी।

**अधिक जानकारी के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता या बाल विकास परियोजना अधिकारी कार्यालय से सम्पर्क करें।**



यहां से काटे



1. कृपया इस रसीद को संभाल कर रखें। द्वितीय और तृतीय किशत के फार्म के साथ इसकी प्रति संलग्न करना आवश्यक है।
2. योजना की द्वितीय किशत प्राप्त करने के लिए कम से कम एक प्रसव पूर्व जाँच करवाकर गर्भधारण के छः माह पश्चात् फार्म-1-बी भरकर अपने आंगनवाड़ी केन्द्र पर जमा कराये।
3. योजना की तृतीय किशत प्राप्त करने के लिए अपने शिशु का जन्म प्रमाण पत्र बनवाये तथा प्रथम चक्र की टीकाकरण पूर्ण करवाकर फार्म 1-सी भरकर अपने आंगनवाड़ी केन्द्र पर जमा कराये।
4. योजना की तृतीय किशत प्राप्त करने के लिए लाभार्थी तथा उसके पति का आधार कार्ड आवश्यक है। अतः समय से अपना आधार कार्ड बनवा लेवें।