

## "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)

Form 1-A  
फॉर्म 1-ए

**प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना (PMMVY) अन्तर्गत पंजीयन एवं प्रथम किश्त हेतु आवेदन फॉर्म**  
**APPLICATION FOR REGISTRATION UNDER PMMVY AND CLAIM FOR FIRST INSTALMENT**

\* यह जानकारी भरना अनिवार्य है।

**'Mandatory fields**

### व्यक्तिगत विवरण PERSONAL DETAILS

<b>1 लाभार्थी विवरण</b> <b>1. Beneficiary Details</b>	<b>2.पति का विवरण</b> <b>2. Husband Details</b>																																																																																
<p>1 क्या लाभार्थी के पास आधार कार्ड है? *हाँ, <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/></p> <p>i. Does Beneficiary have an Aadhaar card?* Yes ; No</p> <p><b>यदि हाँ, If Yes,</b></p> <p>2 लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड अनुसार)* Name of Beneficiary (as in Aadhaar Card)*: .....</p> <p>3 आधार नंबर * Aadhaar Number*: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><p>(आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें) <input type="checkbox"/> (Enclose copy of Aadhaar Card)</p><p><b>यदि नहीं,</b></p><p>4 आधार पंजीयन Aadhaar Enrolment ID (EID) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p><p>5 लाभार्थी का नाम (परिचय पत्र अनुसार)* Name of Beneficiary (as in Identity Card)*: .....</p><p>6 परिचय पत्र क्रमांक * ..... Identity Number*: (परिचय पत्र की प्रति संलग्न करें) ;Enclose copy of Identity Card) निम्न में से :- <b>Identity Proof provided:</b> a) बैंक / पोस्ट आफिस पासबुक की छायाप्रति Bank or Post Office photo passbook b) मतदाता परिचय पत्र Voter ID Card</p></p>																																									<p>1 क्या पति के पास आधार कार्ड है?*हाँ, <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/></p> <p>1. Does Husband have an Aadhaar card?* Yes ; No <b>यदि हाँ, If yes</b></p> <p>2 पति का नाम (आधार कार्ड अनुसार)* <b>ii. Name of Husband (as in Aadhaar Card)*:</b> .....</p> <p>3 पति का आधार नंबर * Aadhaar Number of Husband*: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><p>(पति के आधार कार्ड की प्रति संलग्न करें) <input type="checkbox"/> ;Enclose copy of Husband's Aadhaar Card)</p><p><b>यदि नहीं, If No,</b></p><p>4 आधार पंजीयन ई.आई.डी.(EID) Aadhaar Enrolment ID (EID): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p><p>5 पति का नाम (परिचय पत्र अनुसार)* <b>Name of Beneficiary (as in Identity Card)*:</b> .....</p><p>6 परिचय पत्र क्रमांक * ..... Identity Number*: (परिचय पत्र की प्रति संलग्न करें) ;Enclose copy of Identity Card) निम्न में से :- <b>Identity Proof provided:</b> a) बैंक / पोस्ट आफिस पासबुक की छायाप्रति Bank or Post Office photo passbook b) मतदाता परिचय पत्र Voter ID Card</p></p>																																								

<p>c) राशन कार्ड <b>Ration Card</b></p> <p>d) किसान फोटो पासबुक <b>Kishan Photo Passbook</b></p> <p>e) पासपोर्ट <b>Passport</b></p> <p>f) ड्राइविंग लायसेंस <b>Driving License</b></p> <p>g) पेन कार्ड <b>PAN Card</b></p> <p>h) मनरेगा जाब कार्ड <b>MGNREGS Job Card</b></p> <p>i) सरकारी या सार्वजनिक उपक्रम द्वारा जारी उसके पति के कर्मचारी पहचान पत्र की छायाप्रति (कर्मचारी परिचय पत्र ) <b>Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;</b></p> <p>j) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य फोटो परिचय पत्र <b>Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;</b></p> <p>k) राजपत्रित अधिकारी द्वारा लेटरहेड पर जारी परिचय पत्र (फोटो सहित) <b>Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer in his official letterhead;</b></p> <p>l) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड <b>Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital;</b></p> <p>m) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य दस्तावेज <b>Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration</b></p>	<p>c) राशन कार्ड <b>Ration Card</b></p> <p>d) किसान फोटो पासबुक <b>Kishan Photo Passbook</b></p> <p>e) पासपोर्ट <b>Passport</b></p> <p>f) ड्राइविंग लायसेंस <b>Driving License</b></p> <p>g) पेन कार्ड <b>PAN Card</b></p> <p>h) मनरेगा जाब कार्ड <b>MGNREGS Job Card</b></p> <p>i) सरकारी या सार्वजनिक उपक्रम द्वारा जारी उसके पति के कर्मचारी पहचान पत्र की छायाप्रति (कर्मचारी परिचय पत्र ) <b>Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;</b></p> <p>j) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य फोटो परिचय पत्र <b>Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;</b></p> <p>k) राजपत्रित अधिकारी द्वारा लेटरहेड पर जारी परिचय पत्र (फोटो सहित) <b>Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer in his official letterhead;</b></p> <p>l) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड <b>Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital;</b></p> <p>m) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य दस्तावेज <b>Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration</b></p>
---	---

### 3.पता (वर्तमान निवास का पता)

Address (Present Residence Address)\*:

मकान नंबर/भवन/फ्लेट House No/ Bldg./Apt.	सडक/मार्ग/लेन Street/Road/Lane
लैंडमार्क Landmark	क्षेत्र/सेक्टर/मोहल्ला Area/locality/sector
ग्राम/नगर/शहर Village/Town/City	डाकघर Post Office
जिला District	तहसील/उपजिला Sub-District
राज्य State/UT	पिनकोड PIN CODE

4. मोबाइल नंबर:  
Mobile No:

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

5. कौन सी किश्त के लिये आवेदन प्रस्तुत किया गया है:—

पहली किश्त  दूसरी किश्त  तीसरा किश्त

Applying for\*: 1st Instalment; 2nd Instalment ; 3rd Instalment

6. अंतिम मासिक धर्म (LMP) दिनांक \* \_\_\_\_\_ (दिनांक/माह/वर्ष) (एमसीपी कार्ड की छायाप्रति) (यह क्षेत्र प्रथम किश्त एवं/दूसरी किश्त के दावे के लिए अनिवार्य है)

Last Menstrual Period (LMP) Date\*: \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) (enclose copy of MCP card)(this field is mandatory for claiming 1st and/or 2nd installment)

7. एमसीपी कार्ड के आंगनवाड़ी केन्द्र/ग्राम/अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्र में पंजीकरण का दिनांक (दिनांक/माह/वर्ष) \* \_\_\_\_\_ (एमसीपी कार्ड की छायाप्रति)

Date of registration of MCP card at AWC/ Village / Approved Health Facility\*:  
\_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) (enclose copy of MCP card)

8. वर्तमान गर्भावस्था/डिलीवरी से पूर्व जन्मे जीवित बच्चों की संख्या \* \_\_\_\_\_

Number of living child prior to the pregnancy/delivery for which claiming benefits under the scheme

9. श्रेणी अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य

Category\*: SC/ST/ OTHERS

10. बैंक/डाकघर के खाते का विवरण (पासबुक के पृष्ठ की प्रति संलग्न करें) जिस पर खाता धारक का नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम लिखा हों) \*

Details of Bank / Post Office Account (enclose copy of page of Pass Book showing name, account number and bank name)\*:

i खाता धारक का नाम (जैसा बैंक या पोस्ट ऑफिस खाते पर हों) \_\_\_\_\_

Name as in Bank / P.O. Account:

ii खाता संख्या: \_\_\_\_\_

Account Number:

iii बैंक का नाम / IPPB शाखा का नाम \_\_\_\_\_

Bank Name/ I.P.P.B Branch Name:

iv शाखा का नाम (बैंक खाता के मामले में) \_\_\_\_\_

Branch Name (in case of Bank Account):

v IFSC कोड (बैंक खाता के मामले में) \_\_\_\_\_

IFSC Code (in case of a Bank Account):

vi डाकघर (पोस्ट आफिस) का पता (पोस्ट आफिस के मामले में) \_\_\_\_\_

Address of P.O.(in case of P.O)

vii डाकघर (पोस्ट आफिस) का पिनकोड (पोस्ट आफिस के मामले में) \_\_\_\_\_

PIN Code of P.O. (in case of P.O):

viii क्या बैंक/डाकघर खाता आधार से लिंक है?  हाँ  नहीं

Is the P.O/ Bank Account Aadhaar seeded?  Yes  No

11. क्या लाभार्थी को पुराने IGMSY योजना में पंजीकृत किया गया था?  हाँ  नहीं

Was the beneficiary enrolled in old MBP scheme?  Yes  No

12. यदि हाँ, तो पुराने IGMSY योजना के तहत लाभार्थी द्वारा पहले से प्राप्त किस्त पर  टिक करे।

कोई नहीं  पहली किस्त (₹ 3000/-)  दूसरी किस्त (₹ 3000/-)

If yes, please put  on the instalment already received by beneficiary under old MBP

None  1st Instalment (₹ 3000/-)  2nd Instalment (₹ 3000/-)

13. लाभार्थी द्वारा वचन

**Undertaking by Beneficiary\***

1 मैं इस प्रकार, सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार पुष्टि करता हूँ:

I, hereby, solemnly affirm as follows:

(क) कि मैं केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम का कर्मचारी नहीं हूँ

that I am not an employee of the Central/ State Government/ Public Sector Undertaking,

(ख) कि मैं अपने नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए योग्य नहीं हूँ

that I am not eligible for maternity benefits through my employer,

(ग) निम्न में से किसी एक का चयन करें,

Select any one of below,

**i यदि लाभार्थी के पास आधार संख्या है: –**  
Beneficiary having Aadhaar

मैं आधार अधिनियम, 2016 के अनुसार मेरी सहमति देता हूँ कि मेरे आधार का उपयोग प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना अंतर्गत लाभ प्राप्त पाने के लिए, अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने हेतु संबंधित स्रोतों को

मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिये अपनी सहमति देता हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी को और किसी अन्य इकाई के लिए या किसी अन्य उद्देश्य से साझा नहीं करेगा। I hereby give my consent in accordance with the Aadhaar Act, 2016 and regulations there of for using my Aadhaar to establish and authenticate my identity and verify information given by me to the respective sources to avail the benefits under the PMMVY. The Department shall not further share my identity information to any other entity or for any other purpose without my specific consent.

या

Or

**ii यदि लाभार्थी के पास यदि आधार संख्या नहीं है: –**

Beneficiary without Aadhaar

मैं आधार के बदले वैध पहचान प्रदान कर रहा हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस योजना में आवेदन की तारीख तक कोई आधार कार्ड नहीं है। मेरा कथन है कि योजना में लाभ प्राप्ति हेतु मैंने अपनी आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (EID) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और मेरे आधार का विवरण जैसे ही मुझे उपलब्ध होता है, 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।

I am providing a valid identification, in lieu of Aadhaar; I affirm that I do not have an Aadhaar as on the date of this application. I affirm that I have applied for obtaining my Aadhaar number and have furnished my Aadhaar Enrolment ID (EID) for the same and agree to furnish my Aadhaar details as soon as it is available to me. If I have not provided my enrolment ID it is only because I have not been able to enrol for Aadhaar although I am willing to do so. I also provide my consent for making use of my other identification for availing the benefit under this scheme.

डी. कि मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

That I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions under this scheme.

ई. मेरे द्वारा प्रदान किया गया बैंक खाता मेरे निजी अविभाजित बैंक खाता है।

The bank account details provided by me are for my personal unshared bank account only.

एफ. इस योजना के तहत लाभों का लाभ उठाने के लिए मैं अपनी गर्भावस्था के बारे में दी गई जानकारी के इस्तेमाल के लिए अपनी सहमति देता हूँ।

I give my consent for use of information regarding my pregnancy in order to avail benefits under this scheme

जी. (पति का नाम, जैसा कि प्रारूप में उल्लिखित है) मेरे पति हैं और यदि यह गर्भधारण सफल प्रसव की ओर जाता है, तो यह बच्चा/बच्चे हम दोनों के लिए सबसे पहले जीवित बच्चा/बच्चे होंगा/होंगे मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और मेरे जानकारी अनुरूप सही हैं।

\_\_\_\_\_ (Name of Husband, as mentioned in the form) is my Husband and if this pregnancy leads to a successful delivery, the child will be the first living child for both of us.

लाभार्थी की हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

Signature/Thumb Impression of beneficiary

Date

Place

#### 14. पति द्वारा वचन \*

##### Undertaking by Husband\*

1 मैं इस प्रकार, सत्यनिष्ठा से निम्नानुसार कथन करता हूँ

**I, hereby, solemnly affirm as follows**

ए निम्न में से किसी एक का चयन करें,

**Select any one of below,**

i मैं आधार अधिनियम, 2016 के अनुसार मेरी सहमति देता हूँ कि मेरे आधार का उपयोग प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना अंतर्गत लाभ प्राप्त पाने के लिए, अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने हेतु संबंधित स्रोतों को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित करने के लिये अपनी सहमति देता हूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी को और किसी अन्य इकाई के लिए या किसी अन्य उद्देश्य से साझा नहीं करेगा।

Hereby give my consent in accordance with the Aadhaar Act, 2016 and regulations thereof for using my Aadhaar to establish and authenticate my identity and verify information given by me to the respective sources to avail the benefits under the scheme. The Department shall not further share my identity information to any other entity or for any other purpose without my specific consent.

या

Or

ii मैं आधार के बदले वैध पहचान प्रदान कर रहा हूँ मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस योजना में आवेदन की तारीख तक कोई आधार कार्ड नहीं है। मेरा कथन है कि योजना में लाभ प्राप्ति हेतु मैंने अपनी आधार संख्या प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और मेरे आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) को उसी के लिए प्रस्तुत किया है और मेरे आधार के विवरण जैसे ही मुझे उपलब्ध है, 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।

That in the event I am providing a valid identification, in lieu of Aadhaar, I affirm that I do not have an Aadhaar as on the date of this application. I affirm that I have applied for obtaining my Aadhaar number and have furnished my enrolment ID for the same and agree to furnish my Aadhaar details as soon as it is available to me. If I have not provided my enrolment ID it is only because I have not been able to enrol for Aadhaar although I am willing to do so I also provide my consent for making use of my other identification for availing the benefit under this scheme.

ख कि मैंने इस योजना के तहत प्रावधानों के उल्लंघन में आधार या अन्य पहचान का इस्तेमाल नहीं किया है।

That I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions under this scheme

सी ..... (पत्नी का नाम, जैसा कि रूप में उल्लिखित है) मेरी पत्नी है और यदि यह गर्भावस्था सफल प्रसव की ओर जाता है, तो यह बच्चा हम दोनों के लिए पहला जीवित बच्चा होगा।

\_\_\_\_\_ (Name of Wife, as mentioned in the form) is my wife and if this pregnancy leads to a successful delivery, the child will be the first living child for both of us.

मेरे द्वारा किए गए उपरोक्त बयान सही, पूर्ण और मेरे सर्वोत्तम ज्ञान से सर्वथा सही हैं।

The aforesaid statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge.

लाभार्थियों के पति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान	दिनांक	स्थान
Signature/Thumb Impression of beneficiaries' husband	Date	Place

15. लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी .....  
Health ID of beneficiary:

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जाने वाला विवरण।

**Details to be filled by Anganwadi Worker**

16. आंगनवाड़ी केंद्र/अनुमोदित स्वास्थ्य केन्द्र का विवरण

**Details of Anganwadi Centre/Approved Health Facility**

a) आंगनवाड़ी केंद्र/स्वीकृत स्वास्थ्य केन्द्र का नाम \_\_\_\_\_

**Anganwadi Centre Name/Approved Health Facility Name**

b) आंगनवाड़ी केंद्र कोड \* \_\_\_\_\_

Anganwadi Centre Code\*

c) गांव/शहर का नाम \_\_\_\_\_

Village/Town Name:

d) ग्राम कोड \* \_\_\_\_\_

Village Code\*:

e) आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम \_\_\_\_\_

Anganwadi Worker / ASHA /ANM Name\*:

f) डाकघर का नाम \_\_\_\_\_

Post Office Name:

g) परियोजना \_\_\_\_\_

Project:

h) जिला \* \_\_\_\_\_

District\*:

i) राज्य \* \_\_\_\_\_

State/UT\*:

17. संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट –

Checklist of documents enclosed:

स. क्र No.	दस्तावेज संलग्न हौना चाहिए (फोटोकॉपी संलग्न करे) Document to be enclosed (Photocopy to be enclosed)	दस्तावेज संलग्न हाँ- Y नहीं- N लागू नहीं- NA Document Enclosed Yes- Y No - N Not Applicable- NA
1	लाभार्थी का आधार कार्ड Aadhaar Card of beneficiary	
2	लाभार्थी का परिचय पत्र (आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हौने की स्थिति में) Identity Card of beneficiary (in case Aadhaar not available)	
3	पति का आधार कार्ड Aadhaar Card of Husband	
4	पति का परिचय पत्र (आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हौने की स्थिति में) Identity Card of husband (in case Aadhaar not available)	
5	लाभार्थी का आधार नामांकन पर्ची (EID Slip) (आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हौने की स्थिति में) Aadhaar Enrolment slip of beneficiary (in case Aadhaar not available)	
6	पति का आधार नामांकन पर्ची (EID Slip) (आधार कार्ड उपलब्ध नहीं हौने की स्थिति में) Aadhaar Enrolment slip of Husband (in case Aadhaar not available)	
7	मातृ एवं बाल सुरक्षा कार्ड (MCP) MCP Card	
8	बैंक/डाकघर की पासबुक का वह पेज जिसमें नाम, खाता संख्या एवं बैंक/डाकघर का नाम उल्लेखित हौ Page of Pass Book showing name, account number and bank name	

PMMVY अन्तर्गत आंगनवाडी केंद्र /ग्राम में पंजीयन की दिनांक \* — / — — /—  
(दिनांक/माह/वर्ष)

Date of Registration under PMMVY at Anganwadi Centre /Village (dd/mm/yy)\*: -----/-----/-----  
पर्यवेक्षक /एएनएम को प्रस्तुत करने की दिनांक \* .— / — — /— (दिनांक/माह/वर्ष)

Date of submission to Supervisor / ANM (dd/mm/yy)\*: -----/-----/-----

आंगनवाडी कार्यकर्ता का नाम एवं हस्ताक्षर दिनांक स्थान

**AWW Name & Signature**

**Date**

**Place**

सुपरवाइजर द्वारा सत्यापन \*

**Verification by Supervisor / ANM\***

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

I, Smt. \_\_\_\_\_ 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 (आंगनवाड़ी द्वारा कार्यकर्ता द्वारा)

Acknowledgement to be given to the 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-ए** चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा प्रस्तुत किया है।

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

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

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