

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

फॉर्म 3

लाभार्थी का पंजीयन विवरण में सुधार एवं परिवर्तन करने हेतु आवेदन फॉर्म
(फॉर्म-भरना और बैंक को प्रस्तुत करने के लिए आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी)

अनिवार्य क्षेत्रों

लाभार्थी का नाम _____

आधार संख्या / आधार ईआईडी / पहचान संख्या लाभार्थी _____

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम नाम _____

आंगनवाड़ी केंद्र/ग्राम कोड _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता / आशा / एएनएम नाम _____

परिवर्तन का अनुरोध ; कृपया टिक करें)

☐ पता ☐ मोबाइल नंबर ☐ बैंक खाता विवरण ☐ आधार कार्ड के नाम के आधार

☐ आधार विवरण के स्थान पर अन्य परिचय पत्र प्रमाण

पता	
पुराना पता मकान नंबर / प्लैट नंबर सड़क/भवन का नाम गांव/नगर/शहर ब्लॉक डाकघर नाम जिला राज्य पिन कोड	नया पता मकान नंबर / प्लैट नंबर सड़क/भवन का नाम गांव/नगर/शहर ब्लॉक डाकघर नाम जिला राज्य पिन कोड
मोबाइल नंबर	
पुराना बैंक/ डाकघर खाता विवरण	नया
पुराना बैंक/डाकघर में नाम खाता: खाता संख्या: बैंक डाकघर का नाम	नया बैंक/डाकघर में नाम खाता: खाता संख्या: बैंक डाकघर का नाम

शाखा का नाम (बैंक खाते के मामले में) आईएफएससी कोड (बैंक खाते के मामले में) क्या बैंक खाता आधार से लिंक/सीड है ☐ हाँ ☐ नहीं	शाखा का नाम (बैंक खाते के मामले में) आईएफएससी कोड (बैंक खाते के मामले में) क्या बैंक खाता आधार से लिंक/सीड है ☐ हाँ ☐ नहीं
आधार कार्ड में वर्णित नाम के रूप में परिवर्तन	
पुराना आधार में नाम	नया आधार में नाम
लाभार्थी या पति के लिए आधार के साथ पहचान प्रमाण को प्रतिस्थापित करना लाभार्थी के लिये ○ पति के लिये ○	
पुराना आधार नामांकन आईडी *: _____ _____ ii लाभार्थी का नाम (पहचान पत्र में) 'रू _____ _____ iii पहचान संख्या _____ (पहचान पत्र की प्रति संलग्न करें) (परिचय पत्र की प्रति संलग्न करें) निम्न में से :- a) बैंक/पोस्ट आफिस पासबुक की छायाप्रति b) मतदाता परिचय पत्र c) राशन कार्ड d) किसान फोटो पासबुक e) पासपोर्ट f) ड्राइविंग लायसेंस g) पेन कार्ड h) मनरेगा जाब कार्ड i) सरकारी या सार्वजनिक उपक्रम द्वारा जारी उसके पति के कर्मचारी पहचान पत्र की छायाप्रति (कर्मचारी परिचय पत्र) j) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य फोटो परिचय पत्र k) राजपत्रित अधिकारी द्वारा लेटरहेड पर जारी परिचय पत्र (फोटो सहित) l) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड m) राज्य सरकार द्वारा जारी अन्य दस्तावेज	नया लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड में) *: _____ _____ ii आधार संख्या _____ (आधार कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न) लाभार्थी /पति द्वारा घोषित घोषणा (जिसके लिए यह फॉर्म भरला जा रहा है) मैं, इसके द्वारा, सत्य रूप से पुष्टि करता हूँ कि मैं इस योजना लाभ का आधार के लाभ उठाने के लिए अपने आधार का उपयोग करने के लिए मेरी सहमति प्रदान करता हूँ। हस्ताक्षर / अंगूठे इंप्रेशन दिनांक स्थान

1. आंगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा भरा जावे

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम _____

आंगनवाड़ी केंद्र कोड * _____

गांव / शहर का नाम: _____

गांव कोड * _____

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम * _____

डाकघर का नाम _____

परियोजना: _____

जिला * _____

राज्य * _____

संलग्न दस्तावेजों की चेकलिस्ट:

क्रमांक	दस्तावेज संलग्न होना चाहिए (फोटोकॉपी संलग्न होना)	दस्तावेज संलग्न हाँ Y लागू नहीं— NA
1	लाभार्थी का नवीनतम आधार कार्ड	
2	लाभार्थी का पुराना आधार कार्ड	
3	नया पास बुक का पेज, नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम	
4	वैकल्पिक पहचान पत्र की प्रतिलिपि (पहचान पत्र योजना के तहत पंजीकरण के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले समान होना चाहिए)	

पर्यवेक्षक/एएनएम द्वारा सत्यापन

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

हस्ताक्षर	नाम	दिनांक	सेक्टर कोड
-----------	-----	--------	------------

लाभार्थी को आवेदक (आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आशा/एएनएम) के लिए दिया जाना हेतु अभिस्वीकृति ' श्रीमती _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) पर चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत रूप से भरा हुआ फॉर्म 3 प्रस्तुत किया है।

स्कीम डेटाबेस को अद्यतन करने के लिए निम्नलिखित अनुभाग भरे गए थे।

- 1 पता
- 2 मोबाइल नंबर
- 3 बैंक/डाकघर खाते का विवरण
- 4 नाम में परिवर्तन आधार कार्ड के रूप में
- 5 आधार विवरण के साथ अन्य पहचान

हस्ताक्षर.....आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम.....दिनांक.....स्थान.....