



PRADHAN MANTRI MATRU VANDANA YOJANA (PMMVY)
Department of Women & Child Development
GOVT. of NCT of Delhi

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

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

Form 1-B/ फॉर्म 1- बी

APPLICATION FORM FOR CLAIM OF SECOND INSTALLMENT UNDER PMMVY

पीएमएमवीवाई के तहत दूसरी किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

**Mandatory fields/ अनिवार्य क्षेत्र*

1. I, Smt. _____ (Registration name of beneficiary)* had registered under the PMMVY scheme with Anganwadi Centre / Approved Health Facility / Village.

मैं, श्रीमती, _____ (लाभार्थी का पंजीकरण नाम)* पीएमएमवीवाई योजना के तहत आंगनवाड़ी केंद्र/स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा/गांव में पंजीकृत थी।

2. **Aadhaar/Identity number of beneficiary *** _____ (enclose copy of proof)

आधार/लाभार्थी की पहचान संख्या *: _____ (सबूत की कॉपी लगाएं)

Identity Proof provided (tick one, as appropriate) / प्रदान किया गया पहचान प्रमाण (उपयुक्त में एक पर टिक करें):

- Bank or Post Office photo passbook/ बैंक या डाकघर फोटो पासबुक
- Voter ID Card/ मतदाता पहचान पत्र
- Ration Card/ राशन कार्ड
- Kishan Photo Passbook/ किसान फोटो पासबुक
- Passport/ पासपोर्ट
- Driving License/ ड्राइविंग लाइसेंस
- PAN Card/ पैन कार्ड
- MGNREGS Job Card/ मनरेगा जॉब कार्ड
- Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking/ सरकार या किसी सार्वजनिक क्षेत्र द्वारा जारी उनके पति का कर्मचारी फोटो पहचान पत्र
- Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administration/ राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र
- Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer on official letterhead/ आधिकारिक लेटरहेड पर राजपत्रित अधिकारी द्वारा जारी फोटो के साथ पहचान का प्रमाण पत्र
- Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital / प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड
- Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration/ राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज

3. **Date of registration under PMMVY at Anganwadi Centre /Village***

आंगनवाड़ी केंद्र/गांव में पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण की तिथि *: -----/-----/-----

4. **ANC Date/ एएनसी तिथि** *: -----/-----/-----

5. **Tick yes, if already registered under the scheme** *: Yes No
(If no, then fill Form 1-A) (If yes, enclose copy of acknowledgement slip)*

यदि योजना के तहत पहले से पंजीकृत है तो हाँ पर निशान लगाएं: हाँ नहीं
(यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए भरें) (यदि हां, रजिस्टर करने के बाद मिले रसीद की कॉपी लगाएं)*

6. **Date of claiming the second instalment under PMMVY scheme ***

पीएमएमवीवाई योजना के तहत दूसरी किस्त का दावा करने की तिथि* : -----/-----/-----

(Enclose a copy of MCP Card, and Aadhaar/Identity Card) (एमसीपी कार्ड और आधार/पहचान पत्र की एक कॉपी लगाएं)*

7. **Health ID of beneficiary/ लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी**: _____

Signature/Thumb Impression

(हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

Date/ तारीख

Place/ स्थान

8. **Details to be filled by Anganwadi Worker / ASHA /ANM (आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/ आशा/ एएनएम द्वारा भरे जाने वाले विवरण)**

Anganwadi Centre Name/Approved Health Facility Name

(आंगनवाड़ी केंद्र का नाम/स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा का नाम) : _____

Anganwadi Centre Code (आंगनवाड़ी केंद्र कोड) *: _____

Village/Town Name (गांव/नगर का नाम) : _____

Village Code (ग्राम कोड) *: _____

Anganwadi Worker / ASHA /ANM Name

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आशा/एएनएम का नाम *: _____

Post Office Name (डाकघर का नाम) : _____

Project (परियोजना) : _____

District (जिला) *: _____

State/UT (राज्य/संघ राज्य क्षेत्र) *: _____

9. **Checklist of documents enclosed (साथ लगाए दस्तावेजों की चेकलिस्ट)**

S.No	Document to be enclosed/ साथ लगाए जाने वाला दस्तावेज	Document Enclosed/ दस्तावेज संलग्न Yes (हाँ) - Y
1	Aadhaar/Identity Card of beneficiary (लाभार्थी का आधार/पहचान पत्र) (Identity Card should be same as the one used for registration under the scheme/ पहचान पत्र वही होना चाहिए जो योजना के तहत पंजीकरण के लिए उपयोग किया गया था)	
2	MCP Card with ANC Details/ एएनसी विवरण के साथ एमसीपी कार्ड	
3	Acknowledgement Slip/ लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद	

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

(आंगनवाड़ी केंद्र/गांव में पीएमएमवीवाई के तहत दूसरी किश्त का दावा करने की तिथि) :

-----/-----/-----

Date of submission to Supervisor / ANM (dd/mm/yy) (पर्यवेक्षक / एएनएम को जमा करने की तिथि)*:

-----/-----/-----

Signature/हस्ताक्षर

Date/ तारीख

Place/ स्थान

Verification by Supervisor/ANM (पर्यवेक्षक/ एएनएम द्वारा जाँच)*

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

मैं, श्रीमती, _____ इस फॉर्म में भरी गई जानकारी की जांच कर ली है और यह कि फॉर्म विधिवत भरा हुआ है।

Signature/ हस्ताक्षर

Date/ तारीख

Sector Code/ सेक्टर कोड

✂

✂

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

लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद (आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आशा/एएनएम द्वारा) *

Village/Town Name (गांव/नगर का नाम) : _____

Anganwadi Centre Code (आंगनवाड़ी केंद्र कोड) *: _____

Village Code (ग्राम कोड) *: _____

Anganwadi Worker / ASHA /ANM Name
आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/आशा/एएनएम का नाम *: _____

Post Office Name (डाकघर का नाम) : _____

Sector Name (सेक्टर का नाम) : _____

Project/Health Block Name (परियोजना/स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम) : _____

District (जिला) *: _____

State/UT (राज्य/संघ राज्य क्षेत्र) *: _____

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

श्रीमती * _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) को चेकलिस्ट के अनुसार दस्तावेजों के साथ विधिवत भरा फॉर्म 1-बी जमा किया है।

Signature/हस्ताक्षर

Date/ तारीख

Place/ स्थान

Note: This page is left blank because the acknowledgement slip on the previous page has to be cut out and handed over to the beneficiary.

नोट: यह पृष्ठ खाली छोड़ दिया गया है क्योंकि पिछले पृष्ठ की रसीद को काटकर लाभार्थी को सौंपना है।