



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-C/ फॉर्म 1-सी

APPLICATION FORM FOR CLAIM OF THIRD INSTALLMENT UNDER PMMVY

पीएमएमवीवाई के तहत तीसरी किश्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

**Mandatory fields/ अनिवार्य क्षेत्र*

1. **Name of beneficiary/ लाभार्थी का नाम *** _____

2. **Aadhaar/Identity number of beneficiary ***
आधार/लाभार्थी की पहचान संख्या * _____

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

- a) Bank or Post Office photo passbook/ बैंक या डाकघर फोटो पासबुक
- b) Voter ID Card/ मतदाता पहचान पत्र
- c) Ration Card/ राशन कार्ड
- d) Kishan Photo Passbook/ किसान फोटो पासबुक
- e) Passport/ पासपोर्ट
- f) Driving License/ ड्राइविंग लाइसेंस
- g) PAN Card/ पैन कार्ड
- h) MGNREGS Job Card/ मनरेगा जॉब कार्ड
- i) 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
- j) 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
- k) 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
- l) Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital / प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड
- m) Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration/ राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट कोई अन्य दस्तावेज

Note: Alternate ID for claiming this installment will be accepted only in Jammu and Kashmir, Assam and Meghalaya (नोट: इस किश्त का दावा करने के लिए वैकल्पिक आईडी केवल जम्मू और कश्मीर, असम और मेघालय में स्वीकार की जाएगी)

3. **Date of delivery/ डिलीवरी की तारीख** *: _____
4. **Did the delivery take place in a Government approved facility**
 क्या डिलीवरी सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा में हुई थी?*: ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
- a. **If yes, Name of Government approved facility**
 यदि हाँ, तो सरकार द्वारा अनुमोदित सुविधा का नाम : _____
5. **Tick yes, if already registered under the scheme: (If no, then fill Form 1-A) (If yes, enclose copy of Acknowledgement Slip) *** ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
 यदि योजना के तहत पहले से पंजीकृत है तो हाँ पर निशान लगाएं: (यदि नहीं, तो फॉर्म 1-ए भरें) (यदि हाँ, तो लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद की कॉपी लगाएं)*
6. **Gender of Child/ Children (बच्चे/बच्चों का लिंग) ***:
 a. ☐ Male/ पुरुष ☐ Female/ महिला (Please tick/ कृपया टिक करें)
 In case of multiple births, fill the following/ से अधिक जन्मों के मामले में, निम्नलिखित भरें:
 b. ☐ Male/पुरुष ☐ Female/महिला (Please tick/कृपया टिक करें) (in case of twins/जुड़वा बच्चों के मामले में)
 c. ☐ Male/पुरुष ☐ Female/महिला (Please tick/कृपया टिक करें) (in case of triplets/ एक साथ तीन बच्चों के मामले में)
 d. ☐ Male/पुरुष ☐ Female/महिला (Please tick/कृपया टिक करें) (in case of quadruplets/ एक साथ चार बच्चों के मामले में)
7. **JSY Details (जे एस वाई की जानकारी)**
 • Did Beneficiary receive Incentive under Janani Suraksha Yojana (JSY)/ क्या जननी सुरक्षा योजना (JSY) के तहत लाभार्थी को प्रोत्साहन मिला?
☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं ☐ Not Applicable/ लागू नहीं
 • If Yes, then how much amount was received / यदि हाँ, तो कितनी राशि प्राप्त हुई। रु. _____
 Date of, receipt of amount / राशि की प्राप्ति की तिथि: _____
8. **First cycle of Vaccinations given/ टीकाकरण का पहला चक्र दिया गया** *:
 a. BCG or equivalent/substitute (बीसीजी या समकक्ष / विकल्प) : ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
 b. OPV or equivalent/substitute (ओपीवी या समकक्ष / विकल्प) : ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
 c. DPT or equivalent/substitute (डीपीटी या समकक्ष / विकल्प): ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
 d. Hepatitis- B or equivalent/substitute (हेपेटाइटिस- बी या समकक्ष / विकल्प) : ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
9. **Date of completion of first cycle of vaccinations/ टीकाकरण का पहला चक्र पूरा होने की तिथि** *: _____
10. **Tick 'Yes' if beneficiary reports case of any previous still births/ यदि लाभार्थी किसी पिछले मृत जन्म के मामले की रिपोर्ट करता है तो 'हां' पर निशान लगाएं:** ☐ Yes/ हाँ ☐ No/ नहीं
11. **Enclose copies of/ निम्नलिखित की कॉपियां लगाएं** *:
 a. Child Birth Certificate/ बाल जन्म प्रमाण पत्र
 b. MCP card with immunization details/ टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड
12. **Health ID of beneficiary/ लाभार्थी की स्वास्थ्य आईडी:** _____

13. 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) *:

Date of claiming 3rd instalment under PMMVY at Anganwadi Centre /Village (dd/mm/yy)*

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

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

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

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

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

S.No	Document to be enclosed (photocopy to be enclosed) साथ लगाए जाने वाला दस्तावेज की फोटोकॉपी	Document Enclosed/ दस्तावेज संलग्न Yes- Y/ हाँ- Y
1	Aadhaar Card of beneficiary/ लाभार्थी का आधार कार्ड	
2	MCP Card with immunisation Details/ टीकाकरण विवरण के साथ एमसीपी कार्ड	
3	Child Birth Certificate/ बाल जन्म प्रमाण पत्र	
4	Acknowledgement Slip/ लाभार्थी को दी जाने वाली रसीद	

Signature/Thumb Impression

(हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

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-C along with documents as per checklist on _____ (Date).

श्रीमती * _____ (नाम) ने _____ (दिनांक) को चेकलिस्ट के अनुसार

दस्तावेजों के साथ विधिवत भरा फॉर्म 1-सी 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।