



मुख्यमंत्री महालक्ष्मी योजना हेतु प्रारूप
महिला सशक्तिकरण एवं बाल विकास विभाग उत्तराखण्ड



लाभार्थी महिला का नाम

लाभार्थी महिला का आधार क्रमांक

पति का नाम

पति का आधार क्रमांक

पता

परिवार के अन्य सदस्यों का विवरण :-

क्र० सं०	सदस्य का नाम	लाभार्थी महिला से सम्बन्ध	आधार संख्या	शिक्षा	व्यवसाय

आंगनवाड़ी केंद्र में पंजीकरण की तिथि

प्रसव रजिस्टर हेतु आवेदन किया जा रहा है (प्रथम/द्वितीय/तृतीय)

जन्म की तिथि

प्रसव का स्थान (अस्पताल का नाम)

दिनांक

जमाकर्ता के हस्ताक्षर

आवेदक का नाम

मोबाइल नंबर

आवेदन पत्र के साथ संलग्न किये जाने वाले प्रमाणित अभिलेखों की प्रति का विवरण :-

- | | |
|---|--|
| 1. परिवार रजिस्टर की नकल | 4. आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र |
| 2. अस्पताल की डिजीवरी रसीद/संस्थागत प्रसव प्रमाण पत्र | 5. लिखित सरकारी/अर्धसरकारी सेवक तथा आयकरदाता न होने विषयक प्रमाण |
| 3. मातृ-शिशु रक्षा कार्ड | 6. आकस्मिक प्रसव प्रमाण पत्र |

नोट : योजनाकृतगत अन्तर्गत अर्हताएं पूर्ण रखने वाले आवेदकों को, आकस्मिकतावश रास्ते में या घर में प्रसव होने पर आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/भिनी कार्यकर्त्री/ आशा कार्यकर्त्री अथवा डिप्टिस्टक द्वारा इस आशय का प्रमाण पत्र उपलब्ध करवाना अनिवार्य है।

लाभार्थी की अर्हता हेतु स्व-घोषणा पत्र

मैं प्रमाणित करती/करता हूँ कि मेरे द्वारा मुख्यमंत्री महालक्ष्मी योजना के अंतर्गत समयांतर्गत आवेदन प्रस्तुत किया जा रहा है। जिस कन्या हेतु आवेदन किया जा रहा है वह मेरी प्रथम/द्वितीय/तृतीय कन्या है। योजनांतर्गत आवेदन के समय में और मेरी पति/मेरी पत्नी किसी भी सरकारी/गैर सरकारी सेवा में कार्यरत नहीं हैं अथवा मेरी पति/मेरी पत्नी सरकारी/गैर सरकारी सेवा में उपन्यासी/आर०डी०/आउटसोर्सिंग/सविदा में कार्यरत हैं किन्तु आयकर दाता नहीं हैं। आवेदन पत्र में दी गयी समस्त सूचनाएं पूर्ण एवं सही हैं तथा इस सन्बन्ध में मेरे द्वारा दी गयी किसी भी सूचना के त्रुटिपूर्ण पाए जाने पर मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

दिनांक

हस्ताक्षर

आवेदक का नाम

मोबाइल नंबर

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री द्वारा दिये जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती पत्नी
.....
का मेरे आंगनवाड़ी केंद्र पर माह की गभवती के रूप में दिनांक को पंजीकरण किया गया है, जिसकी पंजीकरण संख्या है। इनके आंगनवाड़ी केंद्र पर मिलने वाले समस्त लाभ यथा टीकाकरण, अनुपूरक भोजनहार, सन्दर्भ सेवाएं प्रदान की जा रही हैं। इनके द्वारा दिनांक को कन्या को जन्म दिया गया है जो इनकी प्रथम/द्वितीय कन्या शिशु है। आवेदिका द्वारा इस कन्या जन्म हेतु प्रथम बार आवेदन किया जा रहा है इससे पूर्व इनके द्वारा कोई आवेदन नहीं किया गया है।

दिनांक

हस्ताक्षर

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री/सिनी

कार्यकर्त्री/सहायिका का नाम

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम

मोबाइल नंबर

सुपरवाइजर की संस्तुति

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा आंगनबाड़ी केंद्र
पंजीकरण पंजीका से उपरोक्त का मिलान कर लिया गया है आवेदन पत्र संख्या
अनुसारित ।

हस्ताक्षर

सुपरवाइजर का नाम

दिनांक

परिक्षेत्र का नाम

मोबाइल नंबर