

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 :

क्र0 सं0	सदस्य का नाम	लाभार्थी महिला से सम्बन्ध	आधार संख्या	शिक्षा	व्यवसाय

आंगनवाडी केंद्र में पंजीकरण की तिथि

किस कन्या हेतु आवेदन किया जा रहा है (प्रथम/द्वितीय/जुड़वाँ)

कन्या की जन्मतिथि

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. आंगनवाडी कार्यकर्त्री द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र |
| 2. अस्पताल की डिलीवरी रसीद/संस्थागत प्रसव प्रमाण पत्र | 5. नियमित सरकारी/अर्धसरकारी सेवक तथा आयकरदाता न होने विषयक प्रमाण |
| 3. मातृ-शिशु रक्षा कार्ड | 6. आकस्मिक प्रसव प्रमाण पत्र* |

*नोट : योजनान्तर्गत अन्य अर्हताएं पूर्ण रखने वाले आवेदकों को, आकस्मिकतावश रास्ते में या घर में प्रसव होने पर आंगनवाडी कार्यकर्त्री/मिनी कार्यकर्त्री/ आशा कार्यकर्त्री अथवा चिकित्सक 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/जुड़वाँ कन्या है। योजनान्तर्गत आवेदन के समय में और मेरे पति/मेरी पत्नी किसी भी सरकारी/गैर सरकारी सेवा में कार्यरत नहीं हैं अथवा मेरे पति/मेरी पत्नी सरकारी/गैर सरकारी सेवा में उपनल/पी0आर0डी0/आउटसोर्सिंग/संविदा में कार्यरत हैं किन्तु आयकर दाता नहीं हैं। आवेदन पत्र में दी गयी समस्त सूचनाएं पूर्ण एवं सही हैं तथा इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा दी गयी किसी भी सूचना के त्रुटिपूर्ण पाए जाने पर मैं व्यक्तिगत रूप से ज़िम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

दिनांक

हस्ताक्षर

आवेदक का नाम.....

मोबाइल नंबर.....

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती पत्नी श्री.....निवासी..... का मेरे आंगनवाड़ी केंद्र पर माह की गर्भवती के रूप में दिनांक को पंजीकरण किया गया है, जिसकी पंजीकरण संख्या है। इन्हें आंगनवाड़ी केंद्र पर मिलने वाले समस्त लाभ यथा टीकाकरण, अनुपूरक पोषाहार, 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/मिनी

कार्यकर्त्री/सहायिका का नाम.....

आंगनवाड़ी केंद्र का नाम.....

मोबाइल नंबर

सुपरवाइजर की संस्तुति

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा आंगनबाड़ी केंद्र की पंजीकरण पंजिका से उपरोक्त का मिलान कर लिया गया है | आवेदन पत्र संस्तुति सहित अग्रसारित |

हस्ताक्षर

सुपरवाइजर का नाम

दिनांक

परिक्षेत्र का नाम.....

मोबाइल नंबर
