



**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 हां, 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 हां, 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 हां, 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 3<sup>rd</sup> 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।**