



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/ फॉर्म 1- ए

APPLICATION FOR REGISTRATION UNDER PMMVY AND CLAIM FOR FIRST INSTALMENT

पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण के लिए आवेदन और पहली किस्त के लिए दावा

*Mandatory fields/ अनिवार्य क्षेत्र

PERSONAL DETAILS/ व्यक्तिगत विवरण

1. Beneficiary Details/ लाभार्थी का विवरण	2. Husband Details/ पति का विवरण
i. Does Beneficiary have an Aadhaar card? क्या लाभार्थी के पास आधार कार्ड है?*	i. Does Husband have an Aadhaar card? क्या आपके पति के पास आधार कार्ड है? *
Yes/ हाँ ; No/ नहीं	Yes/ हाँ ; No/ नहीं
If Yes/ अगर हाँ,	If Yes/ अगर हाँ,
ii. Name of Beneficiary (as in Aadhaar Card) लाभार्थी का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)*	ii. Name of Husband (as in Aadhaar Card) पति का नाम (आधार कार्ड के अनुसार)*
_____	_____
iii. Aadhaar Number/ आधार नंबर*	iii. Aadhaar Number of Husband/ पति का आधार नंबर*
_____	_____
(Enclose copy of Aadhaar Card/ आधार कार्ड की कॉपी जमा करें)	(Enclose copy of Husband's Aadhaar Card/ पति के आधार कार्ड की कॉपी जमा करें)
If No/ यदि नहीं तो,	If No/ यदि नहीं तो,
iv. Aadhaar Enrolment ID (EID): आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)	iv. Aadhaar Enrolment ID (EID): आधार नामांकन आईडी (ईआईडी)
_____	_____
v. Name of Beneficiary (as in Identity Card) / लाभार्थी का नाम (जैसा कि पहचान पत्र में है)*	v. Name of Beneficiary (as in Identity Card) / लाभार्थी का नाम (जैसा कि पहचान पत्र में है)*
_____	_____
vi. Identity Number/ पहचान पत्र नंबर *	vi. Identity Number/ पहचान पत्र नंबर *
_____	_____
(Enclose copy of Identity Card/ पहचान पत्र की कॉपी साथ लगाएं)	(Enclose copy of Identity Card/ पहचान पत्र की कॉपी साथ लगाएं)
vii. Identity Proof provided/ प्रदान किया गया पहचान प्रमाण	vii. Identity Proof provided/ प्रदान किया गया पहचान प्रमाण
a. Bank or Post Office photo passbook/ बैंक या डाकघर फोटो पासबुक	a. Bank or Post Office photo passbook/ बैंक या डाकघर फोटो पासबुक
b. Voter ID Card/ मतदाता पहचान पत्र	b. Voter ID Card/ मतदाता पहचान पत्र
c. Ration Card/ राशन कार्ड	c. Ration Card/ राशन कार्ड
d. Kishan Photo Passbook/ किसान फोटो पासबुक	d. Kishan Photo Passbook/ किसान फोटो पासबुक
e. Passport/ पासपोर्ट	e. Passport/ पासपोर्ट
f. Driving License/ ड्राइविंग लाइसेंस	f. Driving License/ ड्राइविंग लाइसेंस

<p>g. PAN Card/ पैन कार्ड</p> <p>h. MGNREGS Job Card/ मनरेगा जॉब कार्ड</p> <p>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</p> <p>j. Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations/ राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र</p> <p>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</p> <p>l. Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड</p> <p>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</p>	<p>g. PAN Card/ पैन कार्ड</p> <p>h. MGNREGS Job Card/ मनरेगा जॉब कार्ड</p> <p>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</p> <p>j. Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations/ राज्य सरकार या केंद्र शासित प्रदेश प्रशासन द्वारा जारी कोई अन्य फोटो पहचान पत्र</p> <p>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</p> <p>l. Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी स्वास्थ्य कार्ड</p> <p>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</p>
---	---

3. **Address (Present Residence Address / पता (वर्तमान निवास का पता))***

House No/ Bldg./Apt (मकान संख्या / बिल्डिंग / अपार्टमेंट)	Street/Road/Lane (गली / सड़क/ लेन)
Landmark (स्थान चिन्ह)	Area/locality/sector (क्षेत्र / स्थान / सेक्टर)
Village/Town/City (गांव / कस्बा / शहर)	Post Office (डाक-घर)
District (जिला)	Sub-District (उप जिला)
State/UT (राज्य / केंद्र शासित प्रदेश)	PIN CODE (पिन कोड)

4. **Mobile No / मोबाइल नंबर *** : _____

5. **Applying for / के लिए आवेदन *** : 1st Instalment/ किश्त ; 2nd Instalment / किश्त ; 3rd Instalment/ किश्त

6. **Last Menstrual Period (LMP) Date / मासिक धर्म की अंतिम तारीख *** : _____ (dd/mm/yyyy) (दिन/महीना/वर्ष)
(enclose copy of MCP card) (this field is mandatory for claiming 1st and/or 2nd installment)
(एमसीपी कार्ड की कॉपी साथ लगाएं) (पहली और/या दूसरी किश्त लेने के लिए यह जानकारी अनिवार्य है)

7. **Date of registration of MCP card at AWC/ Village / Approved Health Facility (आंगनवाड़ी केंद्र/गांव/स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा में एमसीपी कार्ड के पंजीकरण की तिथि)*** : _____ (dd/mm/yyyy) (दिन/महीना/वर्ष)
(enclose copy of MCP card/ एमसीपी कार्ड की कॉपी साथ लगाएं)

8. **Number of living child prior to the pregnancy/delivery for which claiming benefits under the scheme (जिस बच्चे के लिए योजना के तहत लाभ का दावा रही हैं, उस गर्भावस्था से पहले जीवित बच्चे की संख्या बताएं)*** : _____

9. **Category/श्रेणी *** : _____ SC/ST/OTHERS (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)

10. **Details of Bank / Post Office Account (enclose copy of page of Pass Book showing name, account number and bank name)** बैंक / डाकघर खाते का विवरण (नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम दिखाते हुए पास बुक के पृष्ठ की कॉपी साथ लगाएं) *:

- Name as in Bank / P.O. Account (बैंक / पोस्ट ऑफिस खाते में छपा नाम लिखें): _____
- Account Number (खाता संख्या): _____
- Bank Name/ I.P.P.B Branch Name (बैंक का नाम/ I.P.P.B शाखा का नाम): _____
- Branch Name (in case of Bank Account) शाखा का नाम (अगर खाता बैंक में है): _____
- IFSC Code (in case of a Bank Account) आईएफएससी कोड (अगर खाता बैंक में है): _____
- Address of P.O. (in case of P.O) पोस्ट ऑफिस का पता (अगर खाता पोस्ट ऑफिस में है): _____
- PIN Code of P.O. (in case of P.O) पोस्ट ऑफिस का पिन कोड (अगर खाता पोस्ट ऑफिस में है): _____
- Is the P.O/ Bank Account Aadhaar seeded (क्या पोस्ट ऑफिस/ बैंक खाता आधार से जुड़ा है?) Yes/ हाँ No/ नहीं

11. **Was the beneficiary enrolled in old MBP scheme (क्या लाभार्थी पुरानी एमबीपी (मातृ वंदना योजना) में नामांकित किया गया था?)**
 Yes/ हाँ No/ नहीं

12. **If yes, please put ✓ on the instalment already received by beneficiary under old MBP (यदि हां, तो कृपया पुराने एमबीपी के तहत लाभार्थी को प्राप्त हुए किश्त पर चिन्ह लगा दें)**

- None/ एक भी किश्त नहीं 1st Instalment/ पहली किश्त (₹ 3000/-) 2nd Instalment/ दूसरी किश्त (₹ 3000/-)

13. **Undertaking by Beneficiary/लाभार्थी द्वारा वचन ***

I, hereby, solemnly affirm as follows (मैं सत्यनिष्ठा से पुष्टि करती हूँ):

- that I am not an employee of the Central/ State Government/ Public Sector Undertaking (कि मैं केंद्र/राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र की कर्मचारी नहीं हूँ)
- that I am not eligible for maternity benefits through my employer (मैं अपने नियोक्ता के माध्यम से मातृत्व लाभ के लिए योग्य नहीं हूँ)
- Select any one of below (नीचे में से किसी एक को चुनें)

i. **Beneficiary having Aadhaar (जिस लाभार्थी के पास आधार है)**

I hereby give my consent in accordance with the Aadhaar Act, 2016 and regulations thereof frusing my Aadhaar to establish and authenticate my identity and verify information given by me to the respective sources to avail the benefits under the PMMVY. The Department shall not further share my identity information to any other entity or for any other purpose without my specific consent.

मैं आधार अधिनियम, 2016 और उसके नियमों के अनुसार अपनी सहमति देती हूँ ताकि मैं अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए अपने आधार का उपयोग कर सकूँ और पीएमएमवीवाई के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए संबंधित स्रोतों को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था या किसी अन्य उद्देश्य के लिए साझा नहीं करेगी।

Or/ या

ii. **Beneficiary without Aadhaar (जिस लाभार्थी के पास आधार नहीं है)**

I am providing a valid identification, in lieu of Aadhaar, I affirm that I do not have an Aadhaar as on the date of this application. I affirm that I have applied for obtaining my Aadhaar number and have furnished my Aadhaar Enrolment ID (EID) for the same and agree to furnish my Aadhaar details as soon as it is available to me. If I have not provided my enrolment ID it is only because I have not been able to enrol for Aadhaar although I am willing to do so. I also provide my consent for making use of my other identification for availing the benefit under this scheme.

मैं आधार के बदले में एक वैध पहचान प्रदान कर रही हूँ, मैं पुष्टि करती हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तिथि के अनुसार आधार नहीं है। मैं पुष्टि करती हूँ कि मैंने अपना आधार नंबर प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और इसके लिए अपना आधार नामांकन आईडी (ईआईडी) प्रस्तुत किया है और जैसे ही यह मेरे लिए उपलब्ध होगा, मैं अपना आधार विवरण प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। यदि मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है, तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन करने में सक्षम नहीं हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने को तैयार हूँ। मैं इस योजना के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए अपनी अन्य पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करती हूँ।

- d. that I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions under this scheme
कि मैंने इस योजना के प्रावधानों का उल्लंघन करते हुए आधार या अन्य पहचान का उपयोग नहीं किया है
- e. The bank account details provided by me are for my personal unshared bank account only
मेरे द्वारा प्रदान किया गया बैंक खाता विवरण केवल मेरे व्यक्तिगत बैंक खाते के लिए है जो किसी के साथ साझा नहीं किया गया है
- f. I give my consent for use of information regarding my pregnancy in order to avail benefits under this scheme
मैं इस योजना के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए अपनी गर्भावस्था के बारे में जानकारी के उपयोग के लिए अपनी सहमति देती हूँ
- g. _____ (Name of Husband, as mentioned in the form) is my Husband and if this pregnancy leads to a successful delivery, the child will be the first living child for both of us
_____ (पति का नाम, जैसा कि फॉर्म में लिखा गया है) मेरे पति हैं और अगर यह गर्भावस्था सफल होती है, तो बच्चा हम दोनों के लिए पहला जीवित बच्चा होगा

The aforesaid statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge (मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही हैं)

Signature/Thumb Impression of beneficiary
(लाभार्थी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

Date/ तारीख

Place/ स्थान

14. Undertaking by Husband /लाभार्थी के पति द्वारा वचन *

I, hereby, solemnly affirm as follows (मैं सत्यनिष्ठा से पुष्टि करता हूँ):

a. Select any one of below (नीचे में से किसी एक को चुनें)

- i. Hereby give my consent in accordance with the Aadhaar Act, 2016 and regulations thereof for using my Aadhaar to establish and authenticate my identity and verify information given by me to the respective sources to avail the benefits under the scheme. The Department shall not further share my identity information to any other entity or for any other purpose without my specific consent.

मैं आधार अधिनियम, 2016 और उसके नियमों के अनुसार अपनी सहमति देता हूँ ताकि मैं अपनी पहचान स्थापित करने और प्रमाणित करने के लिए अपने आधार का उपयोग कर सकूँ और योजना के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए संबंधित स्रोतों को मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकूँ। विभाग मेरी विशिष्ट सहमति के बिना मेरी पहचान की जानकारी किसी अन्य संस्था या किसी अन्य उद्देश्य के लिए साझा नहीं करेगी।

Or/ या

- ii. That in the event I am providing a valid identification, in lieu of Aadhaar, I affirm that I do not have an Aadhaar as on the date of this application. I affirm that I have applied for obtaining my Aadhaar number and have furnished my enrolment ID for the same and agree to furnish my Aadhaar details as soon as it is available to me. If I have not provided my enrolment ID it is only because I have not been able to enrol for Aadhaar although I am willing to do so I also provide my consent for making use of my other identification for availing the benefit under this scheme.

यदि मैं आधार के बदले एक वैध पहचान प्रदान कर रहा हूँ तो मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे पास इस आवेदन की तिथि के अनुसार आधार नहीं है। मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपना आधार नंबर प्राप्त करने के लिए आवेदन किया है और इसके लिए अपना आधार नामांकन आईडी प्रस्तुत किया है और जैसे ही यह मेरे लिए उपलब्ध होगा, मैं अपना आधार विवरण प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। यदि मैंने अपना नामांकन आईडी प्रदान नहीं किया है, तो यह केवल इसलिए है क्योंकि मैं आधार के लिए नामांकन करने में सक्षम नहीं हूँ, हालांकि मैं ऐसा करने को तैयार हूँ। मैं इस योजना के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए अपनी अन्य पहचान का उपयोग करने के लिए अपनी सहमति भी प्रदान करता हूँ।

b. that I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions under this scheme
कि मैंने इस योजना के प्रावधानों का उल्लंघन करते हुए आधार या अन्य पहचान का उपयोग नहीं किया है

c. _____ (Name of Wife, as mentioned in the form) is my wife and if this pregnancy leads to a successful delivery, the child will be the first living child for both of us
(पत्नी का नाम, जैसा कि फॉर्म में लिखा गया है) मेरी पत्नी है और अगर यह गर्भावस्था सफल होती है, तो बच्चा हम दोनों के लिए पहला जीवित बच्चा होगा

The aforesaid statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge (मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही हैं)

Signature/Thumb Impression of beneficiaries' husband
(लाभार्थी के पति का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

Date/ तारीख

Place/ स्थान

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

Details to be filled by Anganwadi Worker / ASHA / ANM *

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता / आशा / एएनएम द्वारा भरे जाने वाले विवरण

16. **Details of Anganwadi Centre/Approved Health Facility (आंगनवाड़ी केन्द्र/स्वीकृत स्वास्थ्य सुविधा का 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) *: _____

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

S.No	Document to be enclosed (Photocopy to be enclosed) (साथ लगाए जाने वाला दस्तावेज का फोटोकॉपी लगाए)	Document Enclosed (दस्तावेज संलग्न) Yes/ हाँ - Y No/ नहीं - N Not Applicable/ लागू नहीं - NA
1	Aadhaar Card of beneficiary/ लाभार्थी का आधार कार्ड	
2	Identity Card of beneficiary / लाभार्थी का पहचान पत्र	
3	Aadhaar Card of Husband/ पति का आधार कार्ड	
4	Identity Card of Husband (in case Aadhaar not available) / पति का पहचान पत्र (आधार उपलब्ध न होने की स्थिति में)	
5	Aadhaar Enrolment slip of beneficiary (in case Aadhaar not available) / लाभार्थी की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
6	Aadhaar Enrolment slip of Husband (in case Aadhaar not available) / पति की आधार नामांकन पर्ची (यदि आधार उपलब्ध नहीं है)	
7	MCP Card/ एमसीपी कार्ड	
8	Page of Pass Book showing name, account number and bank name/ नाम, खाता संख्या और बैंक का नाम दिखाते हुए पास बुक का पृष्ठ	

Date of Registration under PMMVY at Anganwadi Centre /Village (dd/mm/yy)*

(आंगनवाड़ी केंद्र/गांव में पीएमएमवीवाई के तहत पंजीकरण 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-A along with documents as per checklist on _____ (Date).

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