



औरंगाबाद महानगरपालिका औरंगाबाद
दरपत्रक सुचना

विषय :- अ ब क नमुने पत्रक छपाई करण्यासाठी दरपत्रक सादर करणे

उपरोक्त विषयी आपणास कळविण्यात येते कि, औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती महानगरपालिका, औरंगाबाद अंतर्गत येणाऱ्या ३३ आरोग्य केंद्रासाठी प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजनेची अमलबजावणी करण्यासाठी अ ब क नमुना पत्रक ची छपाई करावयाची आहे. या बाबत खुल्या बाजारातून दरपत्रक मागवणे आहे. तरी आपण आपले दरपत्रक ८ दिवसात बंद पाकिटामध्ये सादर करावे. खरेदी करावयाच्या साहित्याचा तपशील खालील प्रमाणे.

अं.क्र.	तपशील	प्रती नग संख्या	प्रती नग रु.
१	अ ब क नमुना	१००००	

सदरील साहित्या सोबत दिलेल्या गुणनिर्देश गुणवत्तापुर्वक असावे आणि सोबत खाल दस्ताऐवज सादर करावे.

(Signature)
सदस्य सचिव

तथा आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी,
औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती,
महानगरपालिका, औरंगाबाद.

सदरील साहीत्या सोबत दिलेल्या गुणनिदेश गुणवत्तापुर्वक असावे आणि सोबत खालिल दस्ताऐवज सादर करावे.



अं. क्रं.	दस्ताऐवज
१	पॅन कार्ड सत्यप्रत
२	व्हॅट नोंदणी
३	शाॅप अॅक्ट लायसन्स
४	बॅक डिटेल्स
५	दरपत्रक रेट
६	तिन वर्षातील ताळेबंद पत्रक

सदर दरपत्रक आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती, महानगरपालिका, औरंगाबाद यांच्या नावे दरपत्रक सादर करावे. दर सादर करते वेळी प्रती नग दर सादर करावे सदरील खरेदी बाबतचे सर्व अधिकार राखुन ठेवण्यात आलेले आहे.

MP Aclan
23/11/18

संदेय सचिव

तथा आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी,
औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती,
महानगरपालिका, औरंगाबाद.

 औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती महानगरपालिका औरंगाबाद. (आरोग्य विभाग) 	
पत्ता - औरंगाबाद महानगरपालिका, आरोग्य विभाग, मुख्य कार्यालय, टाऊन हॉल औरंगाबाद ४३१००१ Website - contact@aurangabadmahapalika.org Email ID - fwsipamcabd@yahoo.co.in	पत्ता - औरंगाबाद महानगरपालिका, आरोग्य विभाग, मुख्य कार्यालय, टाऊन हॉल औरंगाबाद ४३१००१ Website - contact@aurangabadmahapalika.org Email ID - fwsipamcabd@yahoo.co.in
आरोग्य सेवा	जा.क्र.मनपा/आरोग्य/एनयुएचएम/३५४/२०१८ दि.३०/१०/२०१८

दरपत्रक सूचना

प्रति

.....

विषय :- अहवाल नमुना छपाई करण्यासाठी दरपत्रक सादर करणे

उपरोक्त विषयी आपणास कळविण्यात येते कि, औरंगाबाद शहर आरोग्य समिती महानगरपालिका, औरंगाबाद अंतर्गत येणाऱ्या ३३ आरोग्य केंद्रासाठी प्रधानमंत्री मातृत्व योजना राबविण्यासाठी योजनेची अमलबजावणी करण्यासाठी, अ ब क अहवाल नमुने छपाई करावयाची आहे. या बाबत खुल्या बाजारातून दरपत्रक मागवणे आहे. तरी आपण आपले दरपत्रक ८ दिवसात बंद पाकिटामध्ये सादर करावे. खरेदी करावयाच्या साहित्याचा तपशील खालील प्रमाणे.

अं.क्रं.	तपशील	प्रती नग संख्या	प्रती नग रु.
१	अ ब क नमुना	१०००० नग	

(FILLED UP FORM SHOULD BE SUBMITTED TO AUTHORISED PERSONS ONLY)

Forml-A

APPLICATION FOR REGISTRATION UNDER PMMVY AND CLAIM FOR FIRST INSTALMENT

*Mandatory fields

PERSONAL DETAILS

1. Beneficiary Details

i. Does Beneficiary have an Aadhaar card?* Yes No

If Yes,

ii. Name of Beneficiary (as in Aadhaar Card):-

ii. Aadhaar Number*:

(Enclose copy of Aadhaar Card)

If No,

iv. Aadhaar Enrolment ID (EID):

v. Name of Beneficiary (as in Identity Card)*:

vi. Identity Number*:

(Enclose copy of Identity Card)

vii. Identity Proof provided :

- a) **Bank** or Post Office photo passbook
- b) Voter ID Card
- c) Ration Card
- d) **Kishan** Photo Passbook
- e) Passport
- f) Driving License
- g) PAN Card
- h) MGNREGS Job Card
- i) Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;
- j)** Any **other** Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;
- k) Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer on official letterhead;
- l)** Health Card issued by **Primary Health Centre (PH C)** or Government Hospital,
- m) Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration

2. Husband Details

i. Does Beneficiary have an Aadhaar card?* Yes No

If Yes,

ii. Name of Beneficiary (as in Aadhaar Card):-

ii. Aadhaar Number*:

(Enclose copy of Aadhaar Card)

If No,

iv. Aadhaar Enrolment ID (EID):

v. Name of Beneficiary (as in Identity Card)*:

vi. Identity Number*:

(Enclose copy of Identity Card)

vii. Identity Proof provided :

- a) **Bank** or Post **Office** photo passbook
- b) Voter **ID** Card
- c) Ration Card
- d) **Kishan** Photo Passbook
- e) Passport
- f) Driving License
- g) PAN Card
- h) MGNREGS Job Card
- i) Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;
- j)** Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;
- k) Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer on official letterhead;
- l)** Health Card issued by **Primary Health Centre (PH C)** or Government Hospital;
- m) Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration

3. Address (Present Residence Address)*

House No/ BldR./Apt. _____	*Street/Road/Lane _____
Landmark _____	Area/locality/sector _____
Village/Town/City _____	Post Office _____
District _____	Sub District _____
State / UT _____	PIN CODE _____

4. Mobile No: _____

5. Applying for*: 1st Instalment 2nd instalment 3rd Instalment (j

6. Last Menstrual Period (IMP) Date*: _____ (dd/mrn/yyyy) (enclose copy of **MCP card**) (this field is mandatory for claiming 1st **and/or** 2nd installment

7. Date of registration of MCP card at **AWC/ Village /Approved Health Facility*** _____ (dd/mm/yyyy) (enclose copy of MCP card)

8. Number of living child prior to the **pregnancy/delivery** for which claiming benefits underline scheme

9. Category* **SC/ST/OTHERS-**

10. **Details** of Bank /Post Office Account (enclose copy of page of Pass Book showing name, account number and bank name)*

i. Name as in Bank / P.O. Account _____

ii. Account Number _____

iii. Bank **Name/ I.P.P.B** Branch Name _____

iv. Branch Name (in case of Bank Account) _____

v. **IFSC** Code (in case of a Bank Account) _____

vi. Address of **P.O.** (in case of **P.O**) _____

vii. PIN Code of P.O. (in case of **P.O**) : _____

viii. Is the **P.O/ Bank Account Aadhaar** seeded? Yes No

11. Was the beneficiary **enrolled** in old **MBP** scheme? Yes No

12. If yes, please put V on the **instalment** already received by beneficiary under old MBP.

None 1st Instalment (• 30001-) 2nd Instalment (• 3000/-)

13, Undertaking by Beneficiary*

I, hereby, solemnly affirm as follows:

- a. that I am not an employee of the Central/ State Government/ Public Sector Undertaking,
- b. that I am not eligible for maternity benefits through my employer,
- c. Select any one of below.
 - i. Beneficiary having Aadhaar

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 b,y 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:

Or

Beneficiary without Aadhaar

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.

- d. That I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions under this scheme.
- e. The bank account details provided by me are for my personal unshared bank account only.
- f. I give my consent for use of information regarding my pregnancy in order to avail benefits under this scheme.
- 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.

The aforesaid statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge.

Signature/Thumb Impression of beneficiary

Date

Place

14, Undertaking by Husband*

I, hereby, solemnly **affirm** as follows:

a. Select any one of below,

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 **e'ntity** or for any other purpose without my specific consent.

Or

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 **enrolm.ent** 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.

b. That I have not used Aadhaar or other identification in violation of the provisions **under-this.scheme**.

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.

The aforesaid statements made by me are true, complete and correct to the best of my knowledge.

Signature/Thumb Impression of **beneficiaries'husband**

Date

Place

15. Health ID of **beneficiary**:

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

16. Details of Anganwadi Centre/ Approved Health Facility

Anganwadi Centre Name/ Approved Health Facility Name: _____

Angariwadi Centre Code* : _____

Village/TownName : _____

Village Code* : _____

Anganwadi Worker / ASHA/ANM Name*:- _____

Post Office Name : _____

Project : : _____

District*: _____

State/UT* : _____

17. Checklist of documents enclosed:

Sr. No.	Document to be enclosed (Photocopy to be enclosed)	Document Enclosed Yes - Y No - N Not Applicable - NA
1.	Aadhaar Card of beneficiary	
2.	Identity Card of beneficiary (in case Aadhaar not available)	
3.	Aadhaar Card of Husband	
4.	Identity Card of husband (in case Aadhaar not available)	
5.	Aadhaar Enrolment slip of beneficiary (in case Aadhaar not available)	
6.	Aadhaar Enrolment slip of Husband (in case Aadhaar not available)	
7.	MCP Card	
8.	Page of Pass Book showing name, account number and bank name	

Date of Registration under PMMVY at Anganwadi Centre /Village (dd/mm/vy)*: -----/-----/-----

Date of submission to Supervisor/ ANiyi(dd/mrn/yy)*: -----I-----/-----

Signature

Date :

Place :

Verification by Supervisor/ANM*

I. Smt. _____ have verified the information captured in this form and that the form is duly completed

Signature

Date

Sector Code

.....

Acknowledgement to be given to the beneficiary* (by Anganwadi Worker / ASHA / ANM)

Village/Town Name :

Anganwadi Centre Code*:

Village Code*:

Anganwadi Worker/ASHA/ANM Name*:

Post Office Name:

Sector Name:

Project/Health Block Name:

District :

State/UT*:

Smt.*. _____ (Name) has submitted duly filled Form 1-A along with documents as per checklist on _____ (Date)

Signature

Date

Place

(FILLED UP FORM SHOULD BE SUBMITTED TO AUTHORISED PERSONS ONLY) •

Forml-B

APPLICATION FORM FOR CLAIM OF SECOND INSTALLMENT UNDER PMMVY

*Mandatory fields**

1. I, Smt. _____ (Registration name of beneficiary)* had registered under the PMMVY scheme with Anganwadi Centre / Approved Health Facility / Village _____

2. Aadhaar/Identity number of beneficiary* : _____ (enclose copy of proof)

Identity Proof provided (tick one, as appropriate):

a) Bank or Post Office photo passbook

b) Voter ID Card

c) Ration Card

d) Kishan Photo Passbook

e) Passport

f) Driving License

g) PAN Card

h) MGNREGS Job Card

i) Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;

j) Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;

k) Certificate of identity with photograph issued by a Gazette Officer on official letterhead;

l) Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital;

m) Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration

3. Date of registration under PMMVY at Anganwadi Centre / Village* : --/--/----

4. ANC Date* : ----/--/----

5. Tick yes, if already registered under the scheme*: Yes No
(If no, then fill Form I-A) (If yes, enclose copy of acknowledgment slip)*

6. Date of claiming the second instalment under PMMVY scheme* : --/--/----
(Enclose a copy of MCP Card, and Aadhaar/Identity Card)*

7. Health ID of beneficiary: . _____

Signature/Thumb Impression

Date

Place

8. Details to be filled by Anganwadi Worker /ASHA/ANM

Anganwadi Centre Name/Approved Health Facility Name: Anganwadi Centre Code*:

Village/TownName : _____

Village Code* : _____

Anganwadi Worker /ASHA/ANM Name* : _____

Post Office Name : _____

Project : _____

District* : _____

State/UT* : _____

9. Checklist of documents enclosed:

S.No.	Document to be enclosed	Document Enclosed Yes-Y
1	Aadhaar/Identity Card of beneficiary' (Identity Card should be same as the one used for registration under the scheme)	
2	MCP Card with ANC Details	
3	Acknowledgement Slip	

Date of claiming second instalment under PMMVY scheme at Anganwadi Centre Nillage (dd/mm/yy)*

Date of submission to Supervisor/ ANM* : --:--/------/-----

Signature

Date

Place

Verification by Supervisor 1 A

I, Smt. _____ (Name of Supervisor / ANM)* have verified the information captured in this form and that the form is duly complete.

Signature

Date

Place

.....

Acknowledgement to be given to the beneficiary* (by Anganwadi Worker / ASHA / ANM)

Village/Town Name : _____

Anganwadi Centre Code*: _____

Village Code*: _____

Anganwadi Worker/ASHA/ANM Name*: _____

Post Office Name: _____

Sector Name: _____

Project/Health Block Name: _____

District : _____

State/UT*: _____

Smt.*. _____ (Name) has submitted duly filled Form 1-A along with documents as per checklist on _____ (Date)

this

Signature

Date

Place

(FILLED UP FORM SHOULD BE SUBMITTED TO AUTHORISED PERSONS ONLY) •

Form I-C

APPLICATION FORM FOR CLAIM OF SECOND INSTALLMENT UNDER PMMVY

*Mandatory fields**

1. Name of beneficiary*: _____
2. Aadhaar/Identity number of beneficiary* : _____

Identity Proof provided (tick one, as appropriate):

- a) Bank or Post Office photo passbook
- b) Voter ID Card
- c) Ration Card
- d) Kishan Photo Passbook
- e) Passport
- f) Driving License
- g) PAN Card
- h) MGNREGS Job Card
- i) Her husband's Employee Photo Identity Card issued by the Government or any Public Sector Undertaking;
- j) Any other Photo Identity Card issued by State Government or Union Territory Administrations;
- k) Certificate of identity with photograph issued by a Gazetted Officer on official letterhead;
- l) Health Card issued by Primary Health Centre (PHC) or Government Hospital;
- m) Any other document specified by the State Government or Union Territory Administration

Note: Alternate ID for claiming this installment will be accepted only in Jammu and Kashmir, Assam and Meghalaya.

3. ~~Date~~ of delivery*: _____
4. Did the delivery take place in a Government approved facility?*: Yes No
 - a. If yes. Name of Government approved facility* : _____
5. Tick yes, if already registered under the scheme: Yes No (If no, then fill Form I-A)(If yes, enclose copy of Acknowledgement Slip)*
6. Gender of Child/Children* :
 - a. Male Female (Please tick)In case of multiple births, fill the following:
 - b. Male Female (Please tick) (in case of twins)
 - c. Male Female (Please tick) (in case of triplets)
 - d. Male Female (Please tick) (in case of quadruplets)

7. First cycle of Vaccinations given*:
- a. BCG or equivalent/substitute: Yes No
- b. OPV or equivalent/substitute: Yes No
- c. Penta / DPT or equivalent/substitute: Yes No
- d. Hepatitis- B or equivalent/substitute: Yes No
8. Date of completion of first cycle of vaccinations*: _____
9. Tick 'Yes' if beneficiary reports case of any previous still births: Yes No
10. Enclose copies of):
- a. Child Birth Certificate
- b. MCP card with immunization details
11. Health ID of beneficiary: _____

12. Details to be filled **Ar.ganwadi** Worker / ASHA / ANM

Anganwadi Centre **Name/Approved** Health Facility **Name:** _____

Anganwadi Centre Code* : _____

Village/TownName : _____

Village Code*:. _____

Anganwadi Worker / **ASHA/ANM** Name* : _____

Post Office Name : _____

Project : _____

District* : _____

State/UT*: _____

Date of Claiming **3rd** Installment by beneficiary* :/...../.....

Date of submission to Supervisor / **ANM***:/...../.....

१३. लाभार्थीचे हमीपत्र

मी याद्वारे खालीलप्रमाणे लिहून देते की,

- अ) मी कोणत्याही राज्य / केंद्र शासकीय किंवा सार्वजनिक अंगीकृत उपक्रमामध्ये नोकरीला नाही.
ब) माझ्या नोकरी देणाऱ्या संस्था किंवा मालकाकडून कोणत्याही प्रकारचे मातृत्व लाभासाठी मी पात्र नाही.
क) खालीलपैकी एक निवडा

१. ज्या लाभार्थीकडे आधार कार्ड आहे.

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजनेअंतर्गत लाभ मिळण्यासाठी आधार कायदा, २०१६ नुसार माझ्या आधार कार्ड वापरण्याच्या तसेच माझे आधार कार्डावरून माझी ओळख व मी दिलेली माहिती प्रमाणित करण्यासाठी संबंधित संस्थेला मी याद्वारे संमती देत आहे. विभागाने माझ्या ओळखीसंबंधीची माहिती इतर कोणत्याही घटकास किंवा अन्य कोणत्याही कारणासाठी माझ्या संमतीशिवाय वापर करू नये.

किंवा

११. ज्या लाभार्थीकडे आधार कार्ड नाही.

मी माझी वैध ओळख (आधार कार्डऐवजी) देत आहे. मी पुष्टी करते की या अर्जाच्या तारखेस माझ्याकडे आधार कार्ड नाही. मी खात्री देते की, मी माझा आधार क्रमांक प्राप्त करण्यासाठी अर्ज केलेला आहे. आणि माझ्या नांवनोंदणीसाठी नोंदणी क्रमांक दिलेला आहे. तसेच मी माझे आधारसंबंधीची माहिती आधार कार्ड प्राप्त होताच उपलब्ध करू देईन. इच्छूक असले तरी आधार नोंदणी करू शकले नाही त्यामुळे नोंदणी ओळखपत्र दिलेले नाही. मी या योजनेच्या अंतर्गत लाभ मिळविण्यासाठी दिलेल्या इतर ओळखपत्रांचा वापर करण्यासाठी माझी संमती आहे.

इ) मी या योजनेच्या अंतर्गत असलेल्या तरतुदींचा भंग करून आधार किंवा इतर ओळख वापरलेली नाही.

ई) मी दिलेल्या बँक खात्याचा तपशील हा माझ्या वैयक्तिक खात्याचा आहे. (सामाजिक गेळपीं) खात्याचा नाही.)

फ) माझ्या गरोदरपणाच्या माहितीचा वापर योजने अंतर्गत लाभ देण्यासाठी वापर करण्याची मी संमती देत आहे.

ग)(पतीचे नांव, अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे) माझे पती आहेत आणि जर या गरोदरपणामुळे सुखरूप बाळंतपण झाल्यास जन्माला येणारे बालक हे आमचे पहिले जीवंत अपत्य असेल.

मी याद्वारे दिलेली माहिती पूर्णपणे सत्य, परिपूर्ण व बरोबर माझ्या माहितीनुसार अचूक आहे.

लाभार्थीची स्वाक्षरी / डाव्या हाताचा निशाणी अंगठा

तारीख

ठिकाण

१४. पतीचे हमीपत्र

मी याद्वारे खालीलप्रमाणे लिहून देते की,

अ) खालीलपैकी एक निवडा

१. प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजनेअंतर्गत लाभ मिळण्यासाठी आधार कायदा, २०१६ नुसार माझ्या आधार कार्ड वापरण्याच्या तसेच माझे आधार कार्डावरून माझी ओळख व मी दिलेली माहिती प्रमाणित करण्यासाठी संबंधित संस्थेला मी याद्वारे संमती देत आहे. विभागाने माझ्या ओळखीसंबंधीची माहिती इतर कोणत्याही घटकास किंवा अन्य कोणत्याही कारणासाठी माझ्या संमतीशिवाय वापर करू नये.

किंवा

२. मी माझी वैध ओळख (आधार कार्डऐवजी) देत आहे. मी पुष्टी करतो की या अर्जाच्या तारखेस माझ्याकडे आधार कार्ड नाही. मी खात्री देतो की, मी माझा आधार क्रमांक प्राप्त करण्यासाठी अर्ज केलेला आहे. आणि माझ्या नांवनोंदणीसाठी नोंदणी क्रमांक दिलेला आहे. तसेच मी माझे आधारसंबंधीची माहिती आधार कार्ड प्राप्त होताच उपलब्ध करू देईन. इच्छूक असले तरी आधार नोंदणी करू शकले नाही त्यामुळे नोंदणी ओळखपत्र दिलेले नाही. मी या योजनेच्या अंतर्गत लाभ मिळविण्यासाठी दिलेल्या इतर ओळखपत्रांचा वापर करण्यासाठी माझी संमती आहे.

ब) मी या योजनेच्या अंतर्गत असलेल्या तरतुदीचा भंग करून आधार किंवा इतर ओळख वापरलेली नाही.

क)(पत्नीचे नांव, अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे) माझे पती आहेत आणि जर या गरोदरपणामुळे सुखरूप बाळंतपण झाल्यास जन्माला येणारे बालक हे आमचे पहिले जीवंत अपत्य असेल.

मी याद्वारे दिलेली माहिती पूर्णपणे सत्य, परिपूर्ण व बरोबर माझ्या माहितीनुसार अचूक आहे.

लाभार्थीची स्वाक्षरी / डाव्या हाताचा निशाणी अंगठा

तारीख

ठिकाण

१५. लाभार्थीचा आरोग्य ओळख क्रमांक :