

### जननी सुरक्षा योजना

(नोट : यह कार्ड लाभ पात्र से परिचय के समय ANM/स्वास्थ्य कर्मचारी द्वारा भरा जाएगा। यह सुनिश्चित कर लेना चाहिए कि उसे गर्भधारण के पहले तीन महीने में इस योजना में शामिल कर लिया गया है। यह जांच लें कि इस योजना का लाभ लेने के लिए JSY कार्ड के साथ मैटर्नल कार्ड सलिग्ध कर दिया गया है।)

कृपया बड़े अक्षरों का प्रयोग करें, प्रत्येक खाने में एक अक्षर लिखें तथा प्रत्येक शब्द के बाद एक खाना छोड़ दें ।

आवेदन भरने की तिथि

प्रार्थना-पत्र...../...../ 200.....

भाग - 1 पहचान

पहचान क्रमांक

क. उपकेन्द्र का नाम

ख. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम

1. आवेदक का नाम

(गर्भवती महिला)

2. पति का नाम

3. आवेदक का पता

4. पति का व्यवसाय

4.1 मजदूर/स्वरोजगार/कबाडिया/छोटे दुकानदार/अन्य

4.2 अन्य कोई

कृप्या स्पष्ट करें :

5. इनमें से किसी भी योजना का लाभकारी हो?

NMBS.NFBS/NOAPS/Targeted PDS/

अनत्योद अन्न योजना/गरीबी रेखा से नीचे

के परिवारों के लिए राज्य या भारतीय सरकार

की किसी अन्य समाज सहायतायर्थ योजना के

लाभकारी /अन्य आदि

(कृप्या स्पष्टीकरण दीजिए एवं संबंधित प्रपत्र संलग्न कीजिए)

6. क्या बी.पी.एल. कार्ड धारक है ? हां / नहीं

(यदि हां तो ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें)

6.1 यदि नहीं, अन्य कोई प्रमाणिकता चाहिए?

(उपर पैरा 5 को ध्यान में रखते हुए)

बी.पी.एल. कार्ड नं. (प्रति संलग्न करें)

हां/नहीं (कृपया ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें।)

यदि हां ANM/दाई/स्वास्थ्य कर्मचारी को यह कार्यवाही

आवेदन भरने के दो हफ्तों में पूरी करनी होगी।

गांव/शहर/स्लमस (कृपया ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें)

हां/नहीं (कृपया ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें)

7. आवेदक के रहने का स्थान

8. क्या वह 19 साल व उससे उपर की है?

9. वर्तमान में गर्भधारण का कौन सा महीना/हफता है?

10. प्रसव की संभावित तिथि

11. वर्तमान गर्भ का क्रम

12. क्या वह गर्भवती महिला योजना में योग्य है?

1,2,3 (कृपया ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें)

हां / नहीं

(ANM /SN/ MO द्वारा प्रमाणित)

13. प्रसव के स्थान का नाम ?

भविष्य में निगरानी के लिए कृपया इसे अपनी

डायरी में प्रविष्ट करें।

(JSY योजना के तहत स्वास्थ्य केन्द्र

पर प्रसव करवाने के लाभों का समझाएं)

14. पंजीकृत प्रतिशित दाई

नाम :

पता :

(ANM /AWW/ Dai/Asha द्वारा सत्यापित)

आवेदक के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

भाग - 2 प्रसव

15. किसके सहयोग से लाभपत्र स्वास्थ्य केन्द्र पर आई?

नाम/पद/लाभपत्र से रिश्ता

16. क्या उपरलिखित सहयोगी कर्मचारी ने लाभपत्र के साथ

स्वास्थ्य केन्द्र में पूरे समय रहकर उसकी सहायता की ।

(ANM /SN/ MO द्वारा प्रमाणित)

17. प्रसव की जगह

(PHC/CHC निजी हस्पताल)

(कृपया ठीक का चिन्ह का प्रयोग करें)

18. प्रसव की तिथि

19. साधारण प्रसव / आप्रेशन द्वारा ?

यदि आप्रेशन से, आप्रेशन कहां हुआ उसकी जानकारी दें ।

20. परिणाम

जीवित / मृत जन्म

21. बंधीकरण को तुरंत स्वेच्छा से चुना गया है?

हां / नहीं

22. यदि हां तो क्या स्वास्थ्य केन्द्र से

हां / नहीं

मुआवजा प्राप्त हो गया है?

आवेदक के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

23. वर्तमान जन्म का क्रम (यदि जीवित) 1/2/3

24. क्या गर्भावस्था में कुछ जटिलताओं के कारण

यदि हां

महिला को स्वास्थ्य केन्द्र भेजा गया है?

तो तिथि और जटिलताओं का विवरण दीजिए ।

25. उसे किसके सहयोग से स्वास्थ्य केन्द्र लाया गया ?

ANM /SN अन्य स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा सत्यापित)  
नाम/रिश्ता/आशा

26. स्वास्थ्य केन्द्र में पहुंचने के लिए आवेदक द्वारा किस

वाहन का प्रयोग किया गया?

पैदल / बैलगाड़ी / कार / रिक्शा

27. क्या आवेदक को परिवहन के लिए कुछ भुगतान किया गया है?

यदि हां, राशि रुपये में

28. भुगतान किसने किया ?

नाम / पद

ANM /SN द्वारा सत्यापित अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर)

29. दो साक्षी तथा उनके हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

1.

2.

30. यह आवेदन भरने वाले ANM / दाई / स्वास्थ्यकार्यकर्ता :

मैं यह सत्यापित करता हूँ/ करती हूँ (कर्मचारी के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान तिथि के साथ) कि उपर दी गई सूचनाएं सत्य हैं।

नाम :

ANM /MO के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

भाग - 3 सारांश (स्वीकृति के लिए चिकित्सा अधिकारी/अधिकृत अधिकारी द्वारा)

1. क्या वह JSY के तहत योग्य लाभकारी है

हां / नहीं

(यदि नहीं तो कारण बताएं एवं लाभपत्र को भी सूचित करें)

2. इय योजना के तहत सही लाभ देने के लिए  
जरूरी प्रपत्र पूरे कर लिए गए हैं?

हां / नहीं

3. प्रसव का प्रकार

साधारण/जटिल/आप्रेशन से

(जटिलताओं का विवरण दें, यदि कोई है)

4. अगर प्रसव आप्रेशन से हुआ है तो क्या बाहर से  
स्वास्थ्य केन्द्र पर चिकित्सक बुलाए गए ?

हां / नहीं

यदि हां, उन्हें कितनी राशि का भुगतान किया गया?

रु.

5. प्रासविक सेवाओं के लिए किसी महिला  
को स्वास्थ्य केन्द्र भेजा गया है?

हां / नहीं

6. गर्भवती महिला को कितनी राशि का भुगतान  
हुआ है? और कब हुआ

रु. भुगतान की तिथि

यदि भुगतान में देरी हुई है तो कारण बताएं।

ANM / ASHA के हस्ताक्षर

7. सहयोगी कर्मचारी को कितनी राशि का भुगतान  
किया गया है और कब हुआ है (तिथि दर्शायें)

रु. भुगतान की तिथि

यदि भुगतान में देरी हुई है तो कारण बताएं।

ANM / ASHA के हस्ताक्षर

मैं उपर उल्लेख किये गये सभी तथ्यों से सन्तुष्ट हूँ और जननी सुरक्षा योजना के मानदण्डों के अनुसार मैं श्रीमति / कुमारी...

..... स्वास्थ्य कर्मचारी को प्राधिकृत / स्वीकृति प्रदान करता हूँ / करती हूँ कि

वे लाभपत्र श्रीमति / कुमारी..... को रु.....

/ - पंजीकृत प्रशिक्षित दाई श्रीमति..... को रु0..... का दो किशतों में भुगतान

कर दें। मैंने संबंधित महिला के मेटर्नल कार्ड (संलग्न) की जांच की और पाया कि लाभपत्र ने आवश्यक ए.एन.सी. प्राप्त की है एवं शिशु

का नियमित टीकाकरण करवाया है।

(अधिकृत / चिकित्सा अधिकारी का नाम व पद)