



“आपकी बेटी हमारी बेटी”
महिला एवं बाल विकास विभाग
हरियाणा सरकार
आवेदन पत्र



लाभार्थी पहचान संख्या (डाटा प्रवृष्टि के समय आवंटित किया जाएगा।)

जिला खण्ड

कृपया एक पर (v) लगाए ग्रामीण शहरी

1. प्रार्थी का नाम (माता/पिता/अभिभावक)
2. प्रार्थी का आधार नम्बर
3. लाभार्थी के पिता का नाम
4. लाभार्थी की माता का नाम
5. स्थायी पता पत्राचार पता

प्रार्थी की फोटो

मकान संख्या
गली/सैक्टर/मोहल्ला
गांव/शहर
तहसील
पिन कोड मोबाइल नं०
जिला
फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित
ई-मेल

मकान संख्या
गली/सैक्टर/मोहल्ला
गांव/शहर
तहसील
पिन कोड मोबाइल नं०
जिला
फोन नं० एस.टी.डी. कोड सहित
ई-मेल

6. पहली/बड़ी लड़की का नाम
7. पहली लड़की की जन्म तिथि- (दि०) (माह) (वर्ष)
8. पहली लड़की का आधार नं०
9. दूसरी लड़की का नाम (केवल एक लड़की होने पर लागू नहीं लिखिए)
10. दूसरी लड़की की जन्म तिथि- (दि०) (माह) (वर्ष)
11. दूसरी लड़की का आधार नम्बर
12. तीसरी लड़की का नाम (केवल एक लड़की होने पर लागू नहीं लिखिए)
13. तीसरी लड़की की जन्म तिथि- (दि०) (माह) (वर्ष)
14. तीसरी लड़की का आधार नम्बर
15. परिवार में कुल जीवित बच्चों की संख्या- लड़कों की संख्या लड़कियों की संख्या
16. प्रार्थी की श्रेणी- अनुसूचित जाति पिछड़ा वर्ग अन्य
17. गरीबी रेखा से नीचे (बी.पी.एल.) हां नहीं यदि हां तो नं० लिखें
(कृपया हां या नहीं में से केवल एक पर टिक लगाए)
गरीबी रेखा से नीचे (बी.पी.एल.) हां नहीं
18. क्या घर में शौचालय है हां नहीं

प्रमाणपत्र

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी तथ्यानुसार है। जानकारी के गलत पाए जाने पर मेरा आवेदन पत्र किसी भी समय पर रद्द किया जा सकता है।

आवेदक के हस्ताक्षर
दिनांक :

सत्यापन

मैं प्रमाणित करती हूँ कि श्रीमती पत्नी श्री ने प्रथम/द्वितीय/तीसरी बेटी को जन्म दिया है तथा प्रथम/द्वितीय/तीसरी बेटी का नाम आगनवाडी केन्द्र में पंजीकृत कर लिया गया है।

सुपरवाईजर/एल० एच० वी० के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

आगनवाडी वर्कर/ए० एन० एम० के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

छानबीन

सुपरवाईजर द्वारा सत्यापन के आधार पर यह फार्म डी०पी०ओ० को भुगतान के लिये अग्रेषित किया जाता है।

सहायक के हस्ताक्षर
नाम :
दिनांक :

सी०डी०पी०ओ०/एम०ओ०
नाम :
दिनांक :



"Aapki Beti Hamari Beti"
Women & Child Development Department
Haryana Government
Application Form



Beneficiary ID No.
 (to be assigned at the time of data entry)

District _____ Block _____
 Please Tick one (√) Rural Urban



1. Name of Applicant (Mother/Father/Guardian) _____
2. Adhaar Card number of Applicant:-
3. Father's Name _____
4. Name of Mother of beneficiary _____
5. Permanent Address _____

Correspondence Address

House No. _____
 Street/Sector/Mohalla _____
 Village/ City _____
 Tehsil _____
 PIN Code Mobile No. _____
 District _____
 Phone NO. With STD Code. _____
 E-Mail _____

House No. _____
 Street/Sector/Mohalla _____
 Village/ City _____
 Tehsil _____
 PIN Code Mobile No. _____
 District _____
 Phone NO. With STD Code. _____
 E-Mail _____

6. Name of 1st /Elder Girl Child

7. Date of Birth of 1st Girl Child (DD) / (MM) / (YYYY)

8. Adhaar Number of 1st Girl child

9. Name of 2nd Girl Child*
 (Write NA in case of only one girl child)

10. Date of Birth of 2nd Girl Child :- (DD) / (MM) / (YYYY)

11. Adhaar Number of 2nd Girl child

12. Name of 3rd Girl Child
 (Write NA in case of only one girl child)

13. Date of Birth of 3rd Girl Child :- (DD) / (MM) / (YYYY)

14. Adhaar Number of 3rd Girl child

15. Total no. of children in family including live birth:- No. of Boys No. of Girls

16. Category of applicant SC BC Other

17. Please tick (√) one only Below Poverty Line (BPL) Yes If Yes BPL No. No

18. Is there Toilet in the house Yes No

Certificate

I _____ certify that the particular provided by me are true to the best of my knowledge. In case, the information is found incorrect, my application may be cancelled at any stage.

Signature of Applicant
 Date :

Verification

I verify that Smt. _____ W/o _____ has given birth to the 1st Girl / 2nd / 3rd Girl child. The name of 1st / 2nd / 3rd Girl Child has been registered in the Anganwadi centre.

Signature of Supervisor/LHV
 Name : _____
 Date : _____

Signature of Anganwadi Worker/ ANM
 Name : _____
 Date : _____

Scrutiny

On the basis of verification done by supervisor of the circle, I forward the case to District Programme Officer for payment/ investment.

Signature of Dealing Assistant
 Name : _____
 Date : _____

Signature of CDPO/MO
 Name : _____
 Date : _____