



## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ସର୍ଭେ ରେଜିଷ୍ଟର

	ନାମ
ଜିଲ୍ଲା	
ଆଇ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ (ଗୋଷ୍ଠୀ)	
ମଣ୍ଡଳ	
ଗ୍ରାମ / ବ୍ଲକ୍	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କର୍ମୀ	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି ସହାୟିକା	

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି





## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ନିମନ୍ତେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସାକ୍ଷର ନାମା

	ନାମ
ଜିଲ୍ଲା	
ଥାଇ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ (ଗୋଷ୍ଠୀ)	
ମଣ୍ଡଳ	
ଗ୍ରାମ / ବ୍ଲକ୍	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କର୍ମୀ	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି ସହାୟିକା	

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ପ୍ରାକର

	ନାମ
ଜିଲ୍ଲା	
ଥାଲ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ(ଗୋଷ୍ଠୀ)	
ମଣ୍ଡଳ	
ଗ୍ରାମ / ବ୍ଲକ୍	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି କର୍ମୀ	
ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ି ସହାୟିକା	

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ମାସିକ ବିବରଣୀ

	ନାମ
ଜିଲ୍ଲା	
ଆଇ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ(ଗୋଷ୍ଠୀ)	
ମଣ୍ଡଳ	
ଗ୍ରାମ / ବ୍ଲକ୍	
ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର	
ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କର୍ମୀ	
ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି ସହାୟିକା	

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



## ମମତା ଯୋଜନା ନିମନ୍ତେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସାକ୍ଷର ନାମା

(ପଞ୍ଜିକରଣ ସମୟରେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ନାମ : \_\_\_\_\_  
 ଗ୍ରାମ ନାମ : \_\_\_\_\_  
 ସେକ୍ଟର ନାମ : \_\_\_\_\_  
 ପ୍ରକଳ୍ପ ନାମ : \_\_\_\_\_  
 ଜିଲ୍ଲା ନାମ : \_\_\_\_\_

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ  
ଫଟୋ

### ଯୋଜନାରେ ପଞ୍ଜିକରଣ ହେବା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ : ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୂଚନା

ନାମ (ପୁରା ନାମ) : \_\_\_\_\_  
 ସ୍ଵାମୀ/ପିତାଙ୍କ ନାମ : \_\_\_\_\_  
 ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ବ୍ୟାଙ୍କ ଜମା ଖାତା ଅନୁଯାୟୀ )  
 ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର : \_\_\_\_\_

ଜାତି : (୧-ଅନୁସୂଚିତ ଜନଜାତି) / (୨- ଅନୁସୂଚିତ ଜାତି) / (୩-ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପଛୁଆବର୍ଗ) / (୪- ସାଧାରଣ)  
 (ଉପଯୁକ୍ତ ଜାତିକୁ ଗୋଲ ବୁଲାଇ)

PVTG : ହଁ / ନାହିଁ

ଧର୍ମ : ହିନ୍ଦୁ / ମୁସଲିମ୍ / ଖ୍ରୀଷ୍ଟାୟାନ / ଶିଖ୍ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ \_\_\_\_\_

ଭିନ୍ନତା : ହଁ / ନାହିଁ

ବୟସ : \_\_\_\_\_ (କେତେ ବର୍ଷ ଅତିକ୍ରମ କରିଛନ୍ତି) ଜାବିତ ଜାତ ଶିଶୁଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା : \_\_\_\_\_

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ରରେ

ଗର୍ଭପଞ୍ଜିକରଣ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

ଶେଷ ରତ୍ନପ୍ରାପ୍ତ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

ସମ୍ଭାବ୍ୟ ପ୍ରସବ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

ମୁଁ ଏତଦ୍ଵାରା ଲେଖିଦେଉଅଛି ଯେ, ମୁଁ କିମ୍ବା ମୋର ସ୍ଵାମୀ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର / ରାଜ୍ୟ ସରକାର / ରାଷ୍ଟ୍ରାୟତ୍ତ ଉଦ୍ୟୋଗ ସଂସ୍ଥାରେ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ ନୁହେଁ, ମୁଁ ଯଦି କୌଣସି ଠାରେ ନିଯୁକ୍ତି ପାଏ, ମୁଁ ଲେଖିଦେଉଅଛି ଯେ, ମାତୃତ୍ଵ ଯୋଗୁଁ ପାଉଥିବା ସବିଧା ସୁଯୋଗ ଗୁଡ଼ିକୁ ନିଯୁକ୍ତି ଯୋଗୁଁ ମୁଁ ଦାବିଦାର ହେବି ନାହିଁ (ଯଦି ଥାଏ), ମୁଁ ନିଜେ ନିଜକୁ ତା ...../...../..... ରିଖରେ ଏହି ଯୋଜନା ଦ୍ଵାରା ସୁବିଧା ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ଗ୍ରାମ .....ପୋ.ଅ ..... ପ୍ରକଳ୍ପ ..... ଜିଲ୍ଲା .....ରେ ପଞ୍ଜିକୃତ କରିଅଛି । ମୁଁ ଏହି ସୁବିଧା ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ରରେ ପଞ୍ଜିକୃତ ହୋଇନାହିଁ । ମୋର ବିଶ୍ଵାସ ମୁଁ ଦେଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ତଥ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସଠିକ ଅଟେ । ମୁଁ ରାଜି ଅଛି ଯେ, ମୁଁ ଯଦି





### ମମତା ଯୋଜନା ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଗ୍ରାହକ

ଯଦି ପ୍ରସବର ଫଳାଫଳ ଯମଜ ବା ତତୁର୍ଦ୍ଧ ହୁଏ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ଶିଶୁ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ପୂଷା ସଂଲଗ୍ନ କରିବେ

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର :

ସେକ୍ଟର ନାମ :

ପ୍ରକଳ୍ପ ନାମ :

ଜିଲ୍ଲାର ନାମ :

ହିତାଧିକାରୀ ନାମ:

ସ୍ତ୍ରୀ / ପିତାଙ୍କ ନାମ :

ICDS ରେଜିଷ୍ଟର - ୪ : ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ଏବଂ ପ୍ରସବ ସବିଶେଷ ତଥ୍ୟ :

କ୍ରମିକ ନଂ : \_\_\_\_\_

ପରିବାର କ୍ରମିକ ନଂ : \_\_\_\_\_

ପରିବାର ମଧ୍ୟରେ କ୍ରମିକ ନଂ : \_\_\_\_\_

ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ନଂ :

ଶେଷ ଉତ୍ତୁସାବ ତାରିଖ :

ସମ୍ଭାବ୍ୟ ପ୍ରସବ ତାରିଖ :

ପ୍ରକୃତ ପ୍ରସବ ତାରିଖ :

ପ୍ରସବର ଫଳାଫଳ :

ଶିଶୁର ଲିଙ୍ଗ (ପୁଅ / ଝିଅ):

ICDS ରେଜିଷ୍ଟର - ୬ ପ୍ରତିକ୍ଷେପକ ଏବଂ VHND ସବିଶେଷ ତଥ୍ୟ:

ଶିଶୁର କ୍ରମିକ ନଂ : \_\_\_\_\_

କ୍ର.ନଂ	ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ	(ହୁଁ / ନାହିଁ) କିମ୍ବା ତାରିଖ କିମ୍ବା ଓଜନ
	ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁରୁଷ ପ୍ରାୟନ କରିଛନ୍ତି (ହୁଁ / ନାହିଁ)	
<b>ପ୍ରଥମ କିଛି (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୬ ରୁ ୯ ମାସ ମଧ୍ୟରେ)</b>		
୧	ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର / ମିନି ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେନ୍ଦ୍ରରେ ଗର୍ଭ ପଞ୍ଜିକରଣ କରାଯାଇଛି (ରେଜିଷ୍ଟରରୁ ପଞ୍ଜିକରଣ ତାରିଖ ଉଲ୍ଲେଖ କର)	
୨(କ)	ପ୍ରଥମ ANC ନେଇଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ) (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୧୬ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ)	
୨(ଖ)	ଦ୍ୱିତୀୟ ANC ନେଇଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ) (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୧୪ ରୁ ୨୬ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ)	
୩	ଲୌହ ଫଳିଫଫର ବଟିକା ଖାଇବା ଆରମ୍ଭ କରିଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ପ୍ରଥମ ଥର ପାଇଥିବା ପରିମାଣ )	
୪	ଅନ୍ୟତମ ଥରେ ଧନୁଷ୍ଟଙ୍କାର (ଟି.ଟି) ଟୀକା ନେଇଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ପ୍ରଥମ ଟି.ଟି ନେଇଥିବା ତାରିଖ )	
୫	ଅନ୍ୟତମ ଥରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପୁଷ୍ଟି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ପରାମର୍ଶ ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି । (ତାରିଖ __/__/__)	
<b>ଉପରୋକ୍ତ ୫ ଟି ସର୍ତ୍ତ ପୂରଣ କରିଛନ୍ତି (ହୁଁ/ନାହିଁ)</b>		
	ପ୍ରକଳ୍ପ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପ୍ରଗତି ବିବରଣୀ ପଠାଇଛନ୍ତି (ଦାଖଲ କରିଥିବା ମାସ)	
	ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଟ.୩୦୦୦/- ପାଇଛନ୍ତି (ତାରିଖ __/__/__) (ସିଡିପିଓ ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କର୍ମୀଙ୍କୁ ଏହି ସୂଚନା ଦେବେ )	

**ଦ୍ୱିତୀୟ କିସ୍ତି (ଶିଶୁକୁ ୧୦ ମାସ ପୂରଣ ହେବାପରେ)**

୧	ଶିଶୁର ଜନ୍ମ ପଞ୍ଜିକରଣ ହୋଇଛି ( ପଞ୍ଜିକରଣ ରେଜିଷ୍ଟରରୁ ) (ହଁ / ନାହିଁ)	
୨.	ଶିଶୁକୁ ବି.ସି.ଜି ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୩(କ)	ଶିଶୁକୁ <b>Pentavalent-1</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୩(ଖ)	ଶିଶୁକୁ <b>Pentavalent-2</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୩(ଗ)	ଶିଶୁକୁ <b>Pentavalent-3</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୪(କ)	ଶିଶୁକୁ ପୋଲିଓ-୧ମ ମାତ୍ରା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୪(ଖ)	ଶିଶୁକୁ ପୋଲିଓ-୨ୟ ମାତ୍ରା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୪(ଗ)	ଶିଶୁକୁ ପୋଲିଓ-୩ୟ ମାତ୍ରା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୫(କ)	ଶିଶୁକୁ <b>Rotavirus-1</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୫(ଖ)	ଶିଶୁକୁ <b>Rotavirus-2</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ)	
୫(ଗ)	ଶିଶୁକୁ <b>Rotavirus-3</b> ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ର ତାରିଖୁ)	
୬	ଶିଶୁକୁ ବର୍ଷେ ହେବା ପୂର୍ବରୁ ମିଳିମିଳା ଟୀକା ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡରୁ ତାରିଖ)	
୭	ଶିଶୁକୁ ବର୍ଷେ ହେବା ପୂର୍ବରୁ ଭିଟାମିନ-ଏ ପାନ ଦିଆଯାଇଛି (ମା' ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡରୁ ତାରିଖ)	
୮	ଶିଶୁ ଜନ୍ମର ୧୦ ମାସ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଅତି କମରେ ମା ଶୈଶବକାଳୀନ ଯତ୍ନ ଓ ଖାଦ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ପରାମର୍ଶ ୬ ଥର ପାଇଛନ୍ତି । (ହଁ / ନାହିଁ )	

**୯ ICDS REGISTER-11/ MCP CARDରୁ ଶିଶୁର ଓଜନ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସବିଶେଷ ତଥ୍ୟ**

୯(କ)	ଶିଶୁର ଜନ୍ମ ସମୟର ଓଜନ	
୯(ଖ)	ଶିଶୁକୁ ୧ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯(ଗ)	ଶିଶୁକୁ ୨ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯(ଘ)	ଶିଶୁକୁ ୩ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯ (ଙ)	ଶିଶୁକୁ ୪ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯ (ଚ)	ଶିଶୁକୁ ୫ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯ (ଛ)	ଶିଶୁକୁ ୬ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯ (ଜ)	ଶିଶୁକୁ ୭ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯(ଝ)	ଶିଶୁକୁ ୮ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	
୯(ଞ)	ଶିଶୁକୁ ୯ ମାସ ପୂରଣ ହେଲା ପରେ ଓଜନ	

୧୦ ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ କେବଳ ସ୍ତନ୍ୟପାନ କରାଇବେ ବୋଲି **MCP CARD** ରେ ସାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )

୧୧ ଶିଶୁକୁ ପ୍ରଥମ ୬ ମାସ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ କେବଳ ସ୍ତନ୍ୟପାନ କରାଯାଇଅଛି (ହଁ / ନାହିଁ )

୧୨ ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ଉପଯୁକ୍ତ ସମୟରେ ଅନୁପୁରକ ଖାଦ୍ୟ ଦେବା ଆରମ୍ଭ କରିବେ ବୋଲି **MCP CARD** ରେ ସାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )

୧୩ ଶିଶୁକୁ ୬ ମାସ ହେବାପରେ ଅନୁପୁରକ ଖାଦ୍ୟ ଦେବା ଆରମ୍ଭ କରାଯାଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ )

୧୪ ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ବୟସ ଅନୁସାରେ ଅନୁପୁରକ ଖାଦ୍ୟ ଦିଆଯିବ ବୋଲି **MCP CARD** ରେ ସାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )

୧୫ ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ବୟସ ଅନୁସାରେ ଅନୁପୁରକ ଖାଦ୍ୟ ଦିଆଯାଉଛି ଓ ବାଲୁରହିଛି (ହଁ / ନାହିଁ )

**ଉପରୋକ୍ତ ୧୧ ଟି ସର୍ତ୍ତ ପୂରଣ କରିଛନ୍ତି (ହଁ/ନାହିଁ)**

	ପ୍ରକଳ୍ପ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପ୍ରଗତି ବିବରଣୀ ପଠାଇଛନ୍ତି (ବାଖଲ କରିଥିବା ମାସ)	
	ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଟ.୨୦୦୦/- ପାଇଛନ୍ତି ( ତାରିଖ __/__/____ ) (ସିଡିପିଓ ଅଙ୍ଗନୱାଡି କର୍ମୀଙ୍କୁ ଏହି ସୁବିଧା ଦେବେ)	
	ଯୋଜନାରୁ ବର୍ହିଗତ ହୋଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )	
	ବର୍ହିଗତ ହେବାର କାରଣ (ସମସ୍ତ କିସ୍ତି ପାଇଛନ୍ତି- ୧ , ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ -୨ , ଶିଶୁମୃତ୍ୟୁ-୩, ଗର୍ଭପାତ-୪,ମୃତଶିଶୁ-୫,ସ୍ଥାନାନ୍ତରଣ-୬)	
	ମୋଟ କିସ୍ତି ପାଇଥିବା ସଂଖ୍ୟା	
	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପାଇଥିବା ମୋଟ ମୂଲ୍ୟ ରାଶି	

ଜନନୀ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଜନାରେ ପଞ୍ଜିକରଣ ହୋଇଛି କି ? (ହଁ / ନାହିଁ)

ଜନନୀ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଜନାରେ ଟୀକା ପାଇଛନ୍ତି କି ? (ହଁ/ନାହିଁ)



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ମାସିକ ବିବରଣୀ

(ସୁପରଭାଇକର ଏହା ସଂଗ୍ରହ କରି ସିଡିପିଓ କୁ ପ୍ରଦାନ କରିବେ)

ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ ମାସ :

ବର୍ଷ :

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ର ନାମ :

ତଳିତ ମାସରେ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-

ସେକ୍ଟର ର ନାମ :

ତଳିତ ମାସରେ ପ୍ରଥମ କିଣ୍ଡି ପାଇଁ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-

ପ୍ରକଳ୍ପ ନାମ :

ତଳିତ ମାସରେ ଦ୍ୱିତୀୟ କିଣ୍ଡି ପାଇଁ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-

ଜିଲ୍ଲାର ନାମ :

ତଳିତ ମାସରେ କୌଣସି କିଣ୍ଡି ନ ପାଇ ବହିର୍ଗତ ହୋଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କର୍ମୀଙ୍କ ନାମ :

ନୂତନ ପଞ୍ଜୀକରଣ

କ୍ର.ନଂ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକାରୋକ୍ତି ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	ଜମାଖାତାର ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	MCP Card ର ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	ଆଧାର/UID Card ର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	ପୁରଣ ହୋଇଛି (ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)
୧						
୨						
୩						

ପ୍ରଥମ କିଣ୍ଡି

କ୍ର.ନଂ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ	ଆଧାର ନଂ	MCT /RCH No.	Annexure C ର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	ପ୍ରାପ୍ୟ ରାଶି	ବହିର୍ଗତ ହେବାର କାରଣ	ପୁରଣ ହୋଇଛି (ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)
୧							
୨							
୩							

(ବାହୁ ପଡ଼ିବାର କାରଣ: ଗର୍ଭପାତ - ୪)

ଦ୍ୱିତୀୟ କିଣ୍ଡି

କ୍ର.ନଂ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ	ଆଧାର ନଂ	MCT /RCH No.	Annexure C ର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ)	ପ୍ରାପ୍ୟ ରାଶି	ବହିର୍ଗତ ହେବାର କାରଣ	ପୁରଣ ହୋଇଛି (ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)
୧							
୨							

**ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ସର୍ଭିସ୍‌କଳା ଯୋଗୁଁ ବାଦ୍ ପଡ଼ିବା / ବହିର୍ଗତ ହେବା**

କ୍ର.ନଂ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ	ଆଧାର ନଂ	MCT /RCH No.	Annexure C ର ନକଲ ଫଳଗୁ ହୋଇଛି (ହଁ/ ନାହିଁ)	ପ୍ରାପ୍ୟ ରାଶି	ବହିର୍ଗତ ହେବାର କାରଣ	ପୂରଣ ହୋଇଛି (ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)
୧							
୨							
୩							
୪							
୫							

(ବାଦ୍ ପଡ଼ିବାର କାରଣ : ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ - ୨, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ - ୩, ଗର୍ଭପାତ - ୪, ମୃତଜାତ ଶିଶୁ - ୫, ସ୍ଥାନାନ୍ତରଣ-୬)

**ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କର୍ମୀ ଓ ସହାୟିକାଙ୍କ ପ୍ରାପ୍ୟ ପ୍ରଦାନ**

କ୍ର.ନଂ	ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ	MCT /RCH No.	ବାଦ୍ ପଡ଼ିବାର କାରଣ	ଅ. କର୍ମୀଙ୍କ ବକେୟା ପ୍ରାପ୍ୟ	ଅ. ସହାୟିକାଙ୍କ ବକେୟା ପ୍ରାପ୍ୟ	ପୂରଣ ହୋଇଛି (ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ)
୧						
୨						
୩						
୪						
୫						

(ବାଦ୍ ପଡ଼ିବାର କାରଣ: ସମସ୍ତ ପ୍ରାପ୍ୟ ଟଙ୍କା ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି - ୧, ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ - ୨, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ - ୩, ଗର୍ଭ ନଷ୍ଟ - ୪, ମୃତଜାତ ଶିଶୁ - ୫, ସ୍ଥାନାନ୍ତରଣ-୬)

ସ୍ୱାକାରୋକ୍ତି :-

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ କରୁଛି ଯେ, ମମତା ଯୋଜନା ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ କିଛି ପାଇବା ପାଇଁ ଉପରୋକ୍ତ ହିତାଧିକାରୀ ସମସ୍ତ ସର୍ତ୍ତ ପୂରଣ କରିଛନ୍ତି । ପୂରଣ ହୋଇଥିବା ପରିଷ୍ଟେଦ -C ର ନକଲ ଏଠାରେ ଫଳଗୁ ହୋଇଅଛି । ମୋ ତରଫରୁ ମୁଁ ରାଜି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ତଥ୍ୟ ନିର୍ଭୁଲ ଅଟେ ।

ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କର୍ମୀ ଙ୍କ ନାମ :

ସଂଗ୍ରହକାରୀ (ସୁପରଭାଇଜର):

ତଥ୍ୟ ପୂରଣ କାରୀ PA:  
(ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ନିମନ୍ତେ)

ସ୍ୱାକ୍ଷର:

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ତାରିଖ :

ତାରିଖ :

ତାରିଖ :



ପରିଶିଷ୍ଟ - ୭

## ମମତା କ୍ୟାଲେଣ୍ଡର (ଦ୍ୱିତୀୟକାରୀ ଓ ପ୍ରାପ୍ୟ ରାଶିର ବିବରଣୀ)

ଅ. କେନ୍ଦ୍ର ନାମ:

ସେକ୍ଟର ର ନାମ :

ପ୍ରକଳ୍ପ ନାମ:

ଜିଲ୍ଲାର ନାମ:

କ୍ର. ନଂ	ଗର୍ଭବତୀ ମହିଳାଙ୍କ ନାମ	ସ୍ତାମୀ / ପିତାଙ୍କ ନାମ	ଶେଷ ରତ୍ନପ୍ରାବ ତାରିଖ	ପ୍ରସବ ତାରିଖ	MCT/ RCH NO	ପ୍ରଥମ କିଣ୍ଡ		ଯାଞ୍ଚ କମିଟି / ମାତୃ କମିଟି ଦ୍ୱାରା ତଦାରଖ	ଦ୍ୱିତୀୟ କିଣ୍ଡ		ଯାଞ୍ଚ କମିଟି / ମାତୃ କମିଟି ଦ୍ୱାରା ତଦାରଖ	ବର୍ତ୍ତମାନ ହେବାର କାରଣ
						ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ତାରିଖ	ପ୍ରାପ୍ୟ ତାରିଖ		ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ତାରିଖ	ପ୍ରାପ୍ୟ ତାରିଖ		
e												
୭												
୩												
୪												
୫												
୬												
୭												
୮												
୯												
୧୦												

ଅଜ୍ଞାନପୁତ୍ର କର୍ମୀଙ୍କ ନାମ

ଅଜ୍ଞାନପୁତ୍ର ସହାୟକାଙ୍କ ନାମ

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ତାରିଖ :

ତାରିଖ :