

प्रसव पूर्व चार जाँचों के भुगतान का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

महिला का नाम:-	पति का नाम:-	पीसीटीएस नम्बर:-			
पंजीयन दिनांक	अंतिम माहवारी दिनांक	प्रसव की संभावित दिनांक			
बैंक खाता संख्या एवं IFSC कोड	प्रथम जाँच	द्वितीय जाँच	तृतीय जाँच	चतुर्थ जाँच	जटिलता है या नहीं
1 जाँच की दिनांक					
2 हिमोग्लोबिन					
3 वजन					
4 अलबेन्डाजोल गोली					
5 कैल्शियम गोली					
नोट:- प्रत्येक एएनसी जाँच में 41 दिन का अन्तर अनिवार्य है। ममता कार्ड/टीकाकरण कार्ड की प्रति संलग्न है एवं इन्द्राज मेरे द्वारा आशा डायरी में कर दिया गया है।					

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त सम्पूर्ण जाँचों का इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

संस्थागत प्रसव हेतु भुगतान का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	पीसीटीएस न.	महिला का नाम	पति का नाम	प्रसव दिनांक	प्रसव का स्थान	लड़का लड़की	वजन	जन्मजात विकृति
1								
2								
3								
4								
5								
6								

नोट:- अगर बच्चे में जन्म के समय कोई विकृति है तो जरूर बतावें।
उपरोक्त समस्त प्रसव सरकारी संस्थानों पर हुए हैं। मेरे द्वारा प्रेरित किये गये हैं।
सभी की डिस्चार्ज टिकट संलग्न है एवं इनको भुगतान प्राप्त हो गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त सम्पूर्ण जॉचों का इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

गर्भवती महिलाओं के बैंक खाता संख्या हेतु प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	महिला का नाम	पति का नाम	महिला की आयु	बैंक खाता संख्या एवं IFSC कोड	दम्पती का मोबाईल नम्बर	क्षेत्र ग्रामीण / शहरी	बैंक खाता संख्या प्राप्त करने की दिनांक	एएनसी जॉच जिस समय बैंक खाता संख्या प्राप्त किया गया i/ii/iii/iv
1								
2								
3								
4								
5								
6								

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

एचबीएनसी भ्रमण के भुगतान का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	प्रसुता का नाम	पति का नाम	मोबाईल नम्बर	फॉलोअप जॉचों का विवरण दिनांक सहित							एएनएम के साथ की गई जॉच की दिनांक	रैफर किया हॉ/नहीं
				पहली जॉच	दूसरी जॉच	तीसरी जॉच	चौथी जॉच	पाँचवी जॉच	छठी जॉच	सातवी जॉच		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

उपरोक्त विजीट मेरे द्वारा स्वयं घर जाकर की गई है। एवं इन सभी का एचबीएनसी फॉर्म संलग्न कर दिया गया है। एवं इसका इन्द्राज मेरे द्वारा आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने एचबीएनसी भ्रमण कर जॉच की है। जिसकी एक जॉच स्वयं मेरे द्वारा सत्यापित है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

पूर्ण टीकाकरण/बूस्टर भुगतान का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	बच्चे का नाम	माता/पिता का नाम	जन्म दिनांक	पेन्टा- 1 ओपीवी- 1	पेन्टा- 2 ओपीवी- 2	पेन्टा- 3 ओपीवी- 3	मिजल्स विटा-ए	बूस्टर डीपीटी मिजल्स 2
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

उपरोक्त टीकाकरण सत्र के दौरान मेरे द्वारा लाभार्थियों को बुलवाया गया है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने टीकाकरण सत्र पर उपस्थित रहकर उपरोक्त टीकाकरण कार्य ड्यूलिस्ट अनुसार करवाया है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

नसबंदी का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	महिला का दम्पति संख्या	महिला का नाम	मोबाईल नम्बर	पति का नाम	जीवित बच्चों की संख्या	उम्र	निवास का पता
1							
	नसबंदी प्रकार	परम्परागत पुरुष नसबंदी		नसबंदी की दिनांक		नसबंदी का स्थान	
	महिला/पुरुष	लेप्रोस्कोपिक/मिनिलेप/प्रसवोत्तर नसबंदी					
2							
	नसबंदी प्रकार	परम्परागत पुरुष नसबंदी		नसबंदी की दिनांक		नसबंदी का स्थान	
	महिला/पुरुष	लेप्रोस्कोपिक/मिनिलेप/प्रसवोत्तर नसबंदी					
उपरोक्त नसबंदी मेरे मोटिवेशन से स्वयं उपस्थित रहकर करवाई गई है। जिसका प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।							

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने उपरोक्त दम्पति की नसबंदी करवाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

शादी के बाद (दो साल का अन्तर) भुगतान प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	महिला का नाम	मोबाईल नम्बर	पति का नाम	उम्र	निवास का पता
1					
	शादी की दिनांक	प्रमाण पत्र की दिनांक		एएनसी पंजीकरण की दिनांक	
2					
	शादी की दिनांक	प्रमाण पत्र की दिनांक		एएनसी पंजीकरण की दिनांक	

उपरोक्त अन्तर के लिये मोटिवेशन स्वयं द्वारा किया गया है। शादी का प्रमाण पत्र एवं अन्तर प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने उपरोक्त दम्पति को परिवार कल्याण के लिए प्रेरित किया है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

दो बच्चों में तीन साल के अन्तर का भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

योग्य दम्पति संख्या	
महिला का नाम	
पति का नाम	
उम्र	
प्रथम बच्चे की जन्म दिनांक	
द्वितीय बच्चे की जन्म दिनांक	
अंतराल अवधि	
मुखिका का मोबाईल नम्बर	
उपरोक्त दम्पति का मोटिवेशन मेरे द्वारा किया गया है। दोनों बच्चों के जन्म प्रमाण पत्र मेरे द्वारा संलग्न कर दिया गया है। प्रसाविका का प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया है। इसका इन्द्राज मेरी आशा डायरी में भी कर दिया गया है।	

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त दम्पति ने दो बच्चों के मध्य तीन साल का अन्तर रखा है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

स्लाईड संग्रहण पट्टिका के भुगतान का प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	मरीज का नाम	मोबाईल नम्बर	निवास स्थान	उम्र	महिला / पुरुष	बुखार की अवधि	स्लाईड लेने की दिनांक	स्लाईड जमा करवाने की दिनांक
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

उपरोक्त स्लाईड का संग्रहण नियमित भ्रमण के दौरान मेरे द्वारा करवाया गया है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने भ्रमण कर स्लाईड का संग्रहण किया है। एवं समय पर स्लाईड को मुझे जमा करवा दिया है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

टी.बी. केस के भुगतान हेतु प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क. सं.	मरीज का नाम	महिला/पुरुष	निवास का पता	उम्र	मोबाईल नम्बर
1					
	पंजीकरण दिनांक	ईलाज शुरू करने की दिनांक		ईलाज समाप्ति की दिनांक	
2					
	पंजीकरण दिनांक	ईलाज शुरू करने की दिनांक		ईलाज समाप्ति की दिनांक	

उपरोक्त टीबी मरीजों को दवाई मेरी देखरेख में निर्धारित समय पर खिलाई गई है। दवा खिलाने का प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने उपरोक्त मरीज को टीबी की दवाई निर्धारित समय पर खिलाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

अतिकुपोषित बच्चे के फॉलोअप करने का भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क. सं.	एमटीसी से डिस्चार्ज होकर आये बच्चे का नाम	बच्चे की आयु	लिंग लड़का / लड़की	भर्ती के दिन बच्चे की MUAC नाप (सेमी)	माता/पिता का नाम	माता/पिता का मोबाईल नम्बर	MTCमें भर्ती की दिनांक	MTCसे डिस्चार्ज होने की दिनांक	फॉलोअप की दिनांक			
									i	ii	iii	iv
1												
2												

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त का इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/ वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

मोतियाबिन्द के ऑपरेशन हेतु भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

मरीज का नाम	
मरीज का स्थायी पता	
उम्र:-	महिला/पुरुष:-
मुखिया का मोबाईल नम्बर	
आपरेशन की दिनांक :-	छुट्टी की दिनांक:-
ऑख दौयी /बौयी जिस का ऑपरेशन किया गया:-	
कैम्प सरकारी/संस्था	कैम्प स्थल का नाम
उपरोक्त मोतियाबिन्द का ऑपरेशन मोटिवेशन मेरे द्वारा किया गया है। डिस्चार्ज का प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। इसका इन्द्राज मेरी आशा डायरी में भी कर दिया गया है।	

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज का मोतियाबिन्द का ऑपरेशन उपरोक्त आशा ने करवाया है। इसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

कुष्ठ रोगी को दवा खिलाने पर भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

मरीज का नाम	
मरीज का स्थायी पता	
उम्र:-	महिला/पुरुष:-
मुखिया का मोबाईल नम्बर	
पंजीकरण की दिनांक :-	दवा शुरू करने की दिनांक:-
केस पीबी/एमबी जिसकी दवा खिलाई गई:-	
दवा पूरी खिलाने की दिनांक	
उपरोक्त कुष्ठ रोगी को सम्पूर्ण दवा ईलाज मेरे द्वारा स्वयं की देखरेख में किया गया है। प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। इसका इन्द्राज मेरी आशा डायरी में भी कर दिया गया है।	

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज को दवा आशा की देखरेख में खिलाई गयी है। इसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

मलेरिया रोगी को दवा खिलाने का भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	रोगी का नाम	पता	उम्र	लिंग पुरुष/ महिला	मलेरिया का प्रकार (पीबी/ पीएफ)	रक्त पट्टिका संख्या व दिनांक	उपचार शुरू करने की दिनांक	उपचार पूर्ण होने की दिनांक	फॉलोअप रक्त पट्टिका
1									
2									
3									
4									
5									

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज को दवा आशा की देखरेख में खिलाई गई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/ वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

गर्भवती महिला की एएनसी हेतु मासिक आधार (रूटीन एक्टिविटी) भुगतान का प्रमाण पत्र (1)

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क. सं.	गर्भवती महिला का नाम	मोबाईल न.	उम्र	पंजियन दिनांक	अंतिम माहवारी दिनांक	प्रथम जॉच	द्वितीय जॉच	तृतीय जॉच
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

उपरोक्तानुसार गर्भवतियों की जॉचे मेरे द्वारा माह में करवायी गई है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

आशा ने उपरोक्त गर्भवतियों को माह के दौरान बुलवाया है एवं उनकी नियमित जॉचे समय समय पर करवाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

योग्य दम्पति की मासिक बदलाव (रूटीन एक्टिविटी) की सूची (2)

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	योग्य दम्पति संख्या	महिला का नाम	पति का नाम	आयु	विवाह के समय आयु	मोबाईल नम्बर	धर्म	जाति	गर्भ निरोधक साधन का उपयोग	सम्पर्क की दिनांक
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

उपरोक्तानुसार योग्य दम्पतियों का सर्वे मेरे द्वारा किया गया है एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

आशा ने उपरोक्त दम्पतियों से संबधित। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंषा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

टीकाकरण हेतु मासिक आधार ड्यूलिस्ट (रूटीन एक्टिविटी)(3)

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	बच्चे का नाम	माता/पिता का नाम	पति का नाम	जन्म दिनांक	बीसीजी दिनांक	पेन्टा 1 ओपीवी	पेन्टा 2 ओपीवी	पेन्टा 3 ओपीवी	मिजल्स विटा-ए	डिपीटी मिजल्स ओपीवी बूस्टर
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

उपरोक्तानुसार गर्भवतियों की जाँच मेरे द्वारा माह में करवायी गई है। एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

आशा ने उपरोक्त ड्यू लाभार्थियों को माह के दौरान बुलवाया है एवं उनकी नियमित जाँचे समय समय पर करवाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

आशा मासिक बैठक उपस्थिति भुगतान प्रपत्र

प्रमाणित किया जाता है कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
पर दिनांक माह वर्ष को आशा
सहयोगिनियों की मासिक बैठक का आयोजन किया गया जिसमें स्वास्थ्य से सम्बन्धित बिन्दुओं
पर चर्चा की गई जिसमें आशा सहयोगिनी का नाम अँगनवाड़ी
केन्द्र उप स्वास्थ्य केन्द्र ने अपनी उपस्थिति
चिकित्सा अधिकारी प्रभारी के समक्ष प्रस्तुत की है। इसलिए आशा सहयोगिनी को मासिक
बैठक का निर्धारित मानदेय 150 रुपये आशा सॉफ्ट से देने की अनुशंसा की जाती है।

आशा के हस्ताक्षर

एएनएम के हस्ताक्षर

राष्ट्रीय कृमि मुक्ति दिवस कार्यक्रम (NDD) प्रमाण पत्र

आंगनवाडी का नाम.....

आशा का नाम

एनडीडी कार्यक्रम का माह			
राष्ट्रीय कृमि मुक्ति दिवस दिनांक :	मॉप-अप दिवस दिनांक :		
1-5 वर्ष के आंगनवाड़ी में अपंजीकृत बच्चों की कुल संख्या *	1-5 वर्ष के आंगनवाड़ी में अपंजीकृत बच्चों की संख्या जिन्हें अल्बेंडाजोल की गोली खिलाई गई *	6-19 वर्ष के स्कूल नहीं जाने वाले कुल बच्चों की संख्या*	6-19 वर्ष के स्कूल नहीं जाने वाले बच्चों की संख्या जिन्हें अल्बेंडाजोल की गोली खिलाई गई *
1	2	3	4

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

IDCF Programme प्रमाण पत्र

आंगनवाडी का नाम..... आशा का नाम

क्र.सं.	वर्ष	आंगनवाडी	वर्तमान जनसंख्या	0 से 5 वर्ष तक के बच्चो की संभावित संख्या	बच्चो की संख्या जिन्हे गोलिया वितरित की गई तथा इन्हे उपयोग में लेने की विधि समझाई गयी है

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

टी.बी. एक्टिव केस सर्वे भुगतान का प्रमाण पत्र

आंगनवाडी का नाम..... आशा का नाम.....
गतिविधि का महीना.....

चिन्हित टारगेट ग्रुप की जनसंख्या*		चिन्हित टारगेट ग्रुप में परिवारों की संख्या *		कुल परिवारों का सर्वे किया गया *	
कुल बलगम सैंपल एकत्रित*		कुल टीबी रोगी पाये गए *		ईलाज हेतु रेफर किया गया *	
उक्त आशा द्वारा एक्टिव टी.बी. केस फाइंडिंग के लिए भ्रमण किया है जिसकी रिपोर्ट मेरे द्वारा सत्यापित की है					हाँ / ना

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

माँ कार्यक्रम प्रमाण पत्र

आंगनवाडी का नाम..... आशा का नाम

वर्ष की तिमाही *	माँ कार्यक्रम के आयोजन की तारीख *	भाग लेने वाले प्रतिभागियों की संख्या *

नोट :- केवल तीसरे सप्ताह की तारीखें निर्धारित करें।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

एनीमिया मुक्त राजस्थान कार्यक्रम (NIPI) प्रमाण पत्र

आंगनवाड़ी का नाम.....

आशा का नाम

गतिविधि का महीना

आंगनवाड़ी की वर्तमान जनसंख्या	6 से 59 माह के बच्चों की संभावित संख्या	माह के दौरान 6 से 59 माह के बच्चों की संख्या जिन्हे सप्ताह मे दो बार आईएफए सिरप दी गई एवं इसकी रिपोर्टिंग की गई *	आईएफए सिरप दी गई बच्चों की संख्या का प्रतिशत

(उपरोक्त प्रदर्शित जनसंख्या PCTS के आंगनवाड़ी मास्टर से ली गई है | विसंगति की स्थिति में इसे PCTS आंगनवाड़ी मास्टर डेटा में ठीक करवाएं)

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

एनीमिया मुक्त भारत कार्यक्रम (AAMR) प्रमाण पत्र

आंगनवाड़ी का नाम.....

आशा का नाम

गतिविधि का महीना

आंगनवाड़ी क्षेत्र में कुल 10-19 वर्ष की विद्यालय नहीं जाने वाली किशोरियों की संख्या	माह के दौरान 10-19 वर्ष की विद्यालय नहीं जाने वाली किशोरियों की संख्या जिन्हें साप्ताहिक आईएफए की नीली गोली दी गयी	आंगनवाड़ी क्षेत्र में कुल 20 - 24 वर्ष की विवाहित महिलाओं की संख्या (गर्भवती एवं धात्री माताओं के अतिरिक्त)*	कुल 20 -24 वर्ष की विवाहित महिलाओं की संख्या (गर्भवती एवं धात्री माताओं के अतिरिक्त) जिन्हें साप्ताहिक आईएफए की लाल गोली दी गयी
A	B	C	D
		70%	
(कॉलम 'बी' की संख्या कॉलम 'ए' की संख्या का कम से कम 70% होने पर ही भुगतान देय होगा)			

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका

ग्राम स्वास्थ्य, स्वच्छता और पोषण आयोग (VHSNC) प्रमाण पत्र

आंगनवाडी का नाम..... आशा का नाम

गतिविधि का महीना

बैठक की तारीख *		गांव का नाम जहां बैठक आयोजित *	
जगह जहां बैठक आयोजित *		क्या वार्ड पंच / सरपंच मौजूद है? * (हाँ / नहीं)	
क्या एएनएम मौजूद है? * (हाँ / नहीं)		आशा सहयोगिनी मौजूद है? * (हाँ / नहीं)	
क्या आंगनवाड़ी कार्यकर्ता मौजूद है? * (हाँ / नहीं)			
बैठक में उपस्थित प्रतिभागियों की संख्या	पुरुष*	महिला*	कुल*
क्या आंगनवाड़ी कार्यकर्ता मौजूद है? * (हाँ / नहीं)			

वीएचएसएनसी अनटाईड फण्ड

Month & Year *	माह में प्रारम्भिक शेष (Opening Balance) (रुपये में)	माह के दौरान जमा (Receipt) की गई राशि (रुपये में)	माह के दौरान व्यय (Expenditure) की गई राशि (रुपये में)

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त इन्द्राज आशा द्वारा सही किया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र / वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका