



ମମତା କ୍ୟାଲେଣ୍ଡର  
(ହିତାଧିକାରୀ ଓ ପ୍ରାପ୍ୟ ରାଶିର ବିବରଣୀ)

ପରିଶିଷ୍ଟ - ଡ

ଅ. କେନ୍ଦ୍ର ନାମ:

ସେକ୍ଟର ର ନାମ :

ପ୍ରକଳ୍ପ ନାମ:

ଜିଲ୍ଲାର ନାମ:

| କ୍ର. ନଂ | ଗର୍ଭବତୀ ମହିଳାଙ୍କ ନାମ | ସ୍ଥାନୀ / 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 |                                       |                      |
| ୧       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୨       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୩       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୪       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୫       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୬       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୭       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୮       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୯       |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |
| ୧୦      |                      |                      |                     |             |             |                   |               |                                      |                   |               |                                       |                      |

ଅଙ୍ଗନୂପାତି କର୍ମୀଙ୍କ ନାମ

ଅଙ୍ଗନୂପାତି ସହାୟକାଙ୍କ ନାମ

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ସ୍ୱାକ୍ଷର :

ତାରିଖ :

ତାରିଖ :



## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ନିମନ୍ତେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସାକ୍ଷର ନାମା

|                                   | 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 ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଟ୍ରାକର

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

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



## ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ରର ମାସିକ ବିବରଣୀ

|                                  | ନାମ |
|----------------------------------|-----|
| ଜିଲ୍ଲା                           |     |
| ଆଇ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ(ଗୋଷ୍ଠୀ) |     |
| ମଣ୍ଡଳ                            |     |
| ଗ୍ରାମ / ବ୍ଲକ୍                    |     |
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ର               |     |
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି କର୍ମୀ                 |     |
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି ସହାୟକା                |     |

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



ସମନ୍ୱିତ ଶିଶୁ ବିକାଶ ସେବା ପ୍ରକଳ୍ପ



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନଭୂତି କେନ୍ଦ୍ର ସର୍ବେ ରେଜିଷ୍ଟର

|                                   | ନାମ |
|-----------------------------------|-----|
| ଜିଲ୍ଲା                            |     |
| ଆଇ. ସି. ଡି. ଏସ୍. ପ୍ରକଳ୍ପ (ଗୋଷ୍ଠୀ) |     |
| ମଣ୍ଡଳ                             |     |
| ଗ୍ରାମ / ଭୂର୍ତ୍ତ                   |     |
| ଅଙ୍ଗନଭୂତି କେନ୍ଦ୍ର                 |     |
| ଅଙ୍ଗନଭୂତି କର୍ମୀ                   |     |
| ଅଙ୍ଗନଭୂତି ସହାୟକା                  |     |

ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ବିଭାଗ ଓ ମିଶନ ଶକ୍ତି



## ମମତା ଯୋଜନା ନିମନ୍ତେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ନାମା

(ପଞ୍ଜିକରଣ ସମୟରେ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

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

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ  
ଫଟୋ

### ଯୋଜନାରେ ପଞ୍ଜିକରଣ ହେବା ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ : ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୂଚନା

ନାମ (ପୁରା ନାମ) : \_\_\_\_\_  
 ସ୍ୱାମୀ/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 / ଖ୍ରୀଷ୍ଟୀୟାନ / ଶିଖ୍ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ \_\_\_\_\_

ଭିନ୍ନତା : ହଁ / ନାହିଁ

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

ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ରରେ

ଗର୍ଭପଞ୍ଜିକରଣ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

ଶେଷ ରତ୍ନପ୍ରାପ୍ତ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

ସମ୍ଭାବ୍ୟ ପ୍ରସବ ତାରିଖ : \_\_\_\_\_

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

ତାରିଖ

ମୁଁ ଲିଖିତ ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉଅଛି ଯେ ହିତାଧିକାରୀ ..... ଜ୍ଞାନ

ହିତାଧିକାରୀ ପରିବାରରେ ଥିବା ବୟସ୍କ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର / ଚିପଚିହ୍ନ

ତାରିଖ

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ : .....

ସଂକଳନ :

୧. ବ୍ୟାଙ୍କି ସଂଚୟ ପୁସ୍ତିକାର ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ

ବ୍ୟାଞ୍ଜନ ବିବରଣୀ

| ଇଧାନ ନାମ | ଶାଖା ନାମ | ଶାଖା କୋଡ୍ | ଜମା ଖାତା ନମ୍ବର |
|----------|----------|-----------|----------------|
|          |          |           |                |

୨. MCT/RCH No. ସହିତ ମାଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ତ୍ତର ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର ନକଲ

**ପ୍ରାସ୍ତବ୍ୟ :**                      ହିଁ / ନାହିଁ (ସଠିକ ସ୍ଥାନରେ ବୁଦ୍ଧି ବୁଲାଇ)

MCT/RCH No:

୩.ଆଧାର /UID କାର୍ଡର ନକଲ

ପ୍ରାପ୍ତବ୍ୟ :            ହିଁ/ ନାହିଁ (ସଠିକ ସ୍ଥାନରେ ବୃତ୍ତ ଚୁଲାଇବୁ)

ଆଧାର /UID ନଂ:



## ମମତା ଯୋଜନା ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଗ୍ରାକର

ଯଦି ପ୍ରସବର ଫଳାଫଳ ଯମଜ ବା ତଦୁର୍ଦ୍ଧ ହୁଏ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ଶିଶୁ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ପୃଷ୍ଠା ସଂଲଗ୍ନ କରିବେ

|                                                        |                                  |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ର :                                   | ସେକ୍ଟର ନାମ :                     |
| ପ୍ରକାଶନ ନାମ :                                          | ଜିଲ୍ଲାର ନାମ :                    |
| ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:                                     | ସ୍ୱାମୀ / ପିତାଙ୍କ ନାମ :           |
| ICDS ରେଜିଷ୍ଟର - ୫ : ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ଏବଂ ପ୍ରସବ ସବିଶେଷ ତଥ୍ୟ : | କୁମ୍ଭିକ ନଂ : _____               |
| ପରିବାର କୁମ୍ଭିକ ନଂ : _____                              | ପରିବାର ମଧ୍ୟରେ କୁମ୍ଭିକ ନଂ : _____ |
| ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ନଂ :                           | ଶେଷ ଉତ୍ତୁସ୍ତାବ ତାରିଖ :           |
| ସମ୍ଭାବ୍ୟ ପ୍ରସବ ତାରିଖ :                                 | ପ୍ରକୃତ ପ୍ରସବ ତାରିଖ :             |
| ପ୍ରସବର ଫଳାଫଳ :                                         | ଶିଶୁର ଲିଙ୍ଗ (ପୁଅ / ଝିଅ):         |
| ICDS ରେଜିଷ୍ଟର - ୬ ପ୍ରତିଷ୍ଠେପକ ଏବଂ VHND ସବିଶେଷ ତଥ୍ୟ:    | ଶିଶୁର କୁମ୍ଭିକ ନଂ : _____         |

| କ୍ର.ନଂ                                     | ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ                                                                                                                           | (ହୁଁ / ନା) କିମ୍ବା<br>ତାରିଖ କିମ୍ବା ଓଜନ |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                            | ସ୍ୱାକ୍ଷରନାମା ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି (ହୁଁ / ନାହିଁ)                                                                                              |                                       |
| ପ୍ରଥମ କିଛି (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୬ ରୁ ୯ ମାସ ମଧ୍ୟରେ) |                                                                                                                                         |                                       |
| ୧                                          | ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ର / ମିନି ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେନ୍ଦ୍ରରେ ଗର୍ଭ ପଞ୍ଜିକରଣ କରାଯାଇଛି<br>(ରେଜିଷ୍ଟରରୁ ପଞ୍ଜିକରଣ ତାରିଖ ଉଲ୍ଲେଖ କର) |                                       |
| ୨(କ)                                       | ପ୍ରଥମ <b>ANC</b> ନେଇଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ) (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୧୬ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ)                                             |                                       |
| ୨(ଖ)                                       | ଦ୍ୱିତୀୟ <b>ANC</b> ନେଇଛନ୍ତି (ମା ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା କାର୍ଡ ରୁ ତାରିଖ) (ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ୧୪ ରୁ ୨୬ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ)                                     |                                       |
| ୩                                          | ଲୌହ ଫଳିଫର 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 ୫ଟି ସର୍ତ୍ତ ପୂରଣ କରିଛନ୍ତି (ହୁଁ/ନାହିଁ)</b>                                                                                     |                                       |
|                                            | ପ୍ରକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପ୍ରଗତି ବିବରଣୀ ପଠାଇଛନ୍ତି (ଦାଖଲ କରିଥିବା ମାସ)                                                                          |                                       |
|                                            | ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଟ.୩୦୦୦/- ପାଇଛନ୍ତି (ତାରିଖ __/__/__)<br><br>(ସିଡିପିଓ ଅଙ୍ଗନୂପାତି 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 ତାରିଖ )                                                 |  |
| 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 କମ୍ରେ ମା ଟେଣାବକାଳାନ ଯତ୍ନ ଓ ଖାଦ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ପରାମର୍ଶ ୬ ଥର ପାଇଛନ୍ତି । (ହଁ ନାହିଁ )             |  |
| ୯ <b>ICDS REGISTER-11/ MCP CARD</b> ରୁ 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 <b>MCP CARD</b> ରେ ସ୍ୱାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )                        |  |
| ୧୧                                                                     | ଶିଶୁକୁ ପ୍ରଥମ ୬ ମାସ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ କେବଳ ସ୍ତନ୍ୟପାନ କରାଯାଇଅଛି (ହଁ / ନାହିଁ )                                                        |  |
| ୧୨                                                                     | ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ଉପଯୁକ୍ତ ସମୟରେ ଅନୁପୂରକ ଖାଦ୍ୟ ଦେବା ଆରମ୍ଭ କରିବେ ବୋଲି <b>MCP CARD</b> ରେ ସ୍ୱାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ ) |  |
| ୧୩                                                                     | ଶିଶୁକୁ ୬ ମାସ ହେବାପରେ ଅନୁପୂରକ ଖାଦ୍ୟ ଦେବା ଆରମ୍ଭ କରାଯାଇଛି (ହଁ / ନାହିଁ )                                                       |  |
| ୧୪                                                                     | ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ବୟସ ଅନୁସାରେ ଅନୁପୂରକ ଖାଦ୍ୟ ଦିଆଯିବ ବୋଲି <b>MCP CARD</b> ରେ ସ୍ୱାକାରୋକ୍ତି ଦେଇଛନ୍ତି (ହଁ / ନାହିଁ )             |  |
| ୧୫                                                                     | ହିତାଧିକାରୀ ଶିଶୁକୁ ବୟସ ଅନୁସାରେ ଅନୁପୂରକ ଖାଦ୍ୟ ଦିଆଯାଉଛି ଓ ବାଲୁରହିଛି (ହଁ / ନାହିଁ )                                             |  |
| <b>ଉପରୋକ୍ତ ୧୧ ଟି ସର୍ତ୍ତ ପୂରଣ କରିଛନ୍ତି (ହଁ/ନାହିଁ)</b>                   |                                                                                                                            |  |
|                                                                        | ପ୍ରକଳ୍ପ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟକୁ ପ୍ରଗତି ବିବରଣୀ ପଠାଇଛନ୍ତି (ଦାଖଲ କରିଥିବା ମାସ)                                                            |  |
|                                                                        | ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଟ.୨୦୦୦/- ପାଇଛନ୍ତି ( ତାରିଖ __/__/__ ) (ସିଡିପିଓ ଅଙ୍ଗନୱାଡି କର୍ମୀଙ୍କୁ ଏହି ସୂଚନା 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 ଟଙ୍କା ପାଇଛନ୍ତି କି ? (ହଁ/ନାହିଁ)                    |                                                                                                                            |  |



ମମତା ଯୋଜନା ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ରର ମାସିକ ବିବରଣୀ

(ସୁପରଭାଇଜର ଏହା ସଂଗ୍ରହ କରି ସିଡିପିଓ କୁ ପ୍ରଦାନ କରିବେ)

|                           |                                                                           |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ ମାସ :       | ବର୍ଷ :                                                                    |
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି କେନ୍ଦ୍ରର ନାମ : | ତଳିତ ମାସରେ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-                   |
| ସେକ୍ଟର ର ନାମ :            | ତଳିତ ମାସରେ ପ୍ରଥମ କିଛି ପାଇଁ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-   |
| ପ୍ରକଳ୍ପର ନାମ :            | ତଳିତ ମାସରେ ଦ୍ୱିତୀୟ କିଛି ପାଇଁ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :- |
| ଜିଲ୍ଲାର ନାମ :             | ତଳିତ ମାସରେ କୌଣସି କିଛି ନ ପାଇ ବହିର୍ଗତ ହୋଇଥିବା ମୋଟ୍ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା :-  |
| ଅଙ୍ଗନୂପାତି କର୍ମୀଙ୍କ ନାମ : |                                                                           |

| ନୂତନ ପଞ୍ଜୀକରଣ |                   |                                                                |                                                                   |                                                                     |                                                         |                                                           |
|---------------|-------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| କ୍ର.ନଂ        | ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ | ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ<br>ସ୍ଥାକାରୋକ୍ତି<br>ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି<br>(ହଁ / ନାହିଁ ) | ଜମାଖାତାର<br>ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର<br>ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ<br>ହୋଇଛି<br>(ହଁ / ନାହିଁ ) | MCP Card<br>ର ପ୍ରଥମ ପୃଷ୍ଠାର<br>ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ<br>ହୋଇଛି<br>(ହଁ / ନାହିଁ ) | ଆଧାର/UID<br>Card ର ନକଲ<br>ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଛି<br>(ହଁ / ନାହିଁ ) | ପୂରଣ ହୋଇଛି<br>(ସିଡିପିଓ<br>କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର<br>ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ) |
| ୧             |                   |                                                                |                                                                   |                                                                     |                                                         |                                                           |
| ୨             |                   |                                                                |                                                                   |                                                                     |                                                         |                                                           |
| ୩             |                   |                                                                |                                                                   |                                                                     |                                                         |                                                           |

ପ୍ରଥମ କିଛି

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

(ବାଦ୍ ପଡିବାର କାରଣ: ଗର୍ଭପାତ - ୪)

ଦ୍ୱିତୀୟ କିଛି

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

ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଯୋଗୁଁ ବାଦ୍ ପଡିବା /

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 ପଡିବାର କାରଣ : ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ – ୨, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ – ୩, ଗର୍ଭପାତ – ୪, ମୃତଜାତ ଶିଶୁ – ୫, ସ୍ଥାନାନ୍ତରଣ-୬)

ଅଙ୍ଗନୂପାତି କର୍ମୀ ଓ ସହାୟିକାଙ୍କ ପ୍ରାପ୍ୟ ପ୍ରଦାନ

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

(ବାଦ୍ ପଡିବାର କାରଣ: ସମସ୍ତ ପ୍ରାପ୍ୟ ଟଙ୍କା ଗ୍ରହଣ କରିଛି – ୧, ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ – ୨, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ – ୩, ଗର୍ଭନଷ୍ଟ – ୪, ମୃତଜାତ ଶିଶୁ – ୫, ସ୍ଥାନାନ୍ତରଣ-୬)

ସ୍ୱାକ୍ଷରୋକ୍ତି :-  
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 ।

ଅଙ୍ଗନୂପାତି କର୍ମୀ ଙ୍କ ନାମ :  
ସଂଗ୍ରହକାରୀ (ସୁପରଭାଇଜର):  
ତଥ୍ୟ ପୂରଣ କାରୀ PA:  
(ସିଡିପିଓ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ନିମନ୍ତେ)

ସ୍ୱାକ୍ଷର :  
ତାରିଖ :

ସ୍ୱାକ୍ଷର :  
ତାରିଖ :

ସ୍ୱାକ୍ଷର :  
ତାରିଖ :

[illegible]