

आरोग्य विभाग, औरंगाबाद
(भरलेले फॉर्म केवळ अधिकृत व्यक्तींनाच सादर करावे)

पीएमएमव्हीवाय अंतर्गत नोंदणी आणि पहिल्या हप्त्यासाठीचा अर्ज.

अनिवार्य माहिती*

वैयक्तिक माहिती

१) लाभार्थीचा तपशील

i. लाभार्थीकडे आधार कार्ड आहे का? होय, नाही
असल्यास,

ii. लाभार्थीचे नाव (आधार कार्डनुसार)*:

iii. आधार क्रमांक*:

(आधार कार्डची प्रत जोडा) नसल्यास,

iv. आधार नोंदणी आयडी (ईआयडी):

v. लाभार्थीचे नाव (ओळखपत्रानुसार)*:

vi. ओळखपत्रावरील क्रमांक*:

(ओळखपत्रांची प्रत जोडा)

vii. ओळखपत्राचा पुरावा सादर केला आहे:

अ) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस फोटो पासबुकची झेरोक्स प्रत

ब) मतदार ओळखपत्र

क) रेशन कार्ड (शिधापत्रिका)

ड) किसान पासबुक

ई) पासपोर्ट

एफ) ड्रायव्हिंग लायसन्स

जी) पॅन कार्ड

एच) मनरेगा जॉब कार्ड

i) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील
उपक्रमाद्वारे तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो
ओळखपत्र

j) राज्याने शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले
कोणतेही फोटो ओळखपत्र

के) राजपत्रित अधिका-याने लेटरहेडवर तिच्या छायाचित्रासह
दिलेले ओळखपत्र

l) शासकिय / निमशासकिय आरोग्य संस्थेद्वारे देण्यात
आलेले हेल्थ कार्ड -

एम) राज्य शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने निश्चित
केलेले इतर दस्तऐवज

२) पतीचा तपशील

i. पतिचे आधार कार्ड आहे का? होय, नाही
असल्यास,*

ii. पतीचे नाव (आधार कार्डनुसार)*:

iii. पतिचे आधार क्रमांक*:

(पतिच्या आधार कार्डची प्रत जोडा) नसल्यास

iv. आधार नोंदणी आयडी (ईआयडी):

v. लाभार्थीचे नाव (ओळखपत्रानुसार)*:

vi. ओळखपत्रावरील क्रमांक*:

(ओळखपत्रांची प्रत जोडा)

vii. ओळखपत्राचा पुरावा सादर केला आहे:

अ) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस फोटो पासबुकची झेरोक्स प्रत

ब) मतदार ओळखपत्र

क) रेशन कार्ड (शिधापत्रिका)

ड) किसान पासबुक

ई) पासपोर्ट

एफ) ड्रायव्हिंग लायसन्स

जी) पॅन कार्ड

एच) मनरेगा जॉब कार्ड

i) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील उपक्रमाद्वारे
तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो ओळखपत्र

j) राज्याने शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले कोणतेही
फोटो ओळखपत्र

के) राजपत्रित अधिका-याने लेटरहेडवर त्याच्या छायाचित्रासह
दिलेले ओळखपत्र

l) शासकिय / निमशासकिय आरोग्य संस्थेद्वारे देण्यात आलेले
हेल्थ कार्ड -

एम) राज्य शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने निश्चित केलेले
इतर दस्तऐवज

घर क्रमांक / इमारत / अपार्टमेंट	स्ट्रीट / रोड / लेन विभाग / रस्ता / गल्ली
जवळची खुण	क्षेत्र / ठिकाण / सेक्टर
गाव / नगर / शहर	पोस्ट ऑफिस
जिल्हा	तालुका
राज्य	पिन कोड

४) मोबाईल नंबर: _____

५) हप्ता मागणीसाठी अर्ज*: प्रथम हप्ता (); दुसरा हप्ता (); तिसरा हप्ता ()

६) शेवटच्या मासिक पाळीचा (एलएमपी) दिनांक*: _____ (DD/MM/YYYY) (एमसीपी कार्डची

प्रत जोडा) (1 ला आणि / किंवा दुस-या हप्त्याची मागणी करण्यासाठी ही माहिती अनिवार्य आहे)

७) एमसीपी कार्ड नोंदणीची तारीख (DD/MM/YYYY) ए.डब्ल्यू. डब्ल्यू / गाव / शासन मान्यता प्राप्त आरोग्य संस्था*: _____ (एमसीपी कार्डची प्रत जोडा)

८) गरोदरपणाच्या आधी / जिवंत असलेल्या मुलांची संख्या*: _____

९) प्रवर्ग*: अनुसूचित जाती / जमाती / इतर

१०) बँक / पोस्ट ऑफिस खात्याचा तपशील (नाव, खाते क्रमांक आणि बँकेचे नाव दर्शविणारे पास बुकच्या पृष्ठाची प्रत जोडावी)*:

i. बँक / पोस्ट ऑफिस खात्यानुसार असलेले नाव : _____

ii. खाते क्रमांक: _____

iii. बँकेचे नाव / आय.पी.पी.बी. शाखा नाव: _____

iv. शाखा नाव (बँक खात्याच्या बाबतीत): _____

v. आयएफएससी कोड (बँक खात्याच्या बाबतीत): _____

vi. पोस्ट ऑफिसचा पत्ता (पीओच्या खात्याबाबतीत): _____

vii. पोस्ट ऑफिसचे पिन कोड (पीओच्या खात्याबाबतीत): _____

viii. पीओ / बँक खात्याचा आधार क्रमांक दिला आहे का? ☐ होय ☐ नाही

11. लाभार्थी जुन्या एमबीपी योजनेत प्रवेश घेतात का? ☐ होय ☐ नाही

12. जर होय, तर कृपया आधीपासूनच एमबीपी अंतर्गत लाभार्थीकडून मिळालेल्या हप्त्यावर (✓) अशी खुण करा.

☐ एकहि हप्ता मिळाला नाही ☐ पहिला हप्ता (₹ 3000 / -) ☐ दुसरा हप्ता (₹ 3000 / -)

१३. लाभार्थीचे हमीपत्र*

मी याद्वारे, खालीलप्रमाणे लिहून देते की,

अ) मी कोणत्याही राज्य / केंद्र शासकिय किंवा सार्वजनिक अंगीकृत उपक्रमामध्ये नोकरीला नाही.

ब) माझ्या नोकरी देणा-या संस्था किंवा मालकाकडून कोणत्याही प्रकारचे मातृत्व लाभासाठी मी पात्र नाही

क) खालीलपैकी एक निवडा,

i. ज्या लाभार्थीकडे आधार कार्ड आहे

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजनेअंतर्गत लाभ मिळण्यासाठी आधार कायदा, २०१६ नुसार माझ्या आधार कार्ड वापरण्याच्या तसेच माझे आधारकार्डावरून माझी ओळख व मी दिलेली माहिती प्रमाणित करण्यासाठी संबंधित संस्थेला मी याद्वारे संमती देत आहे.

विभागाने माझ्या ओळखीसंबंधीची माहिती इतर कोणत्याही घटकास किंवा अन्य कोणत्याही कारणासाठी माझ्या संमतीशिवाय वापर करू नये.

किंवा

ii. ज्या लाभार्थीकडे आधार कार्ड नाही

मी माझी वैध ओळख (आधार कार्डऐवजी) देत आहे, मी पुष्टी करते की या अर्जाच्या तारखेस माझ्याकडे आधार कार्ड नाही. मी खात्री देते की, मी माझा आधार क्रमांक प्राप्त करण्यासाठी अर्ज केलेला आहे आणि माझ्या नावनोंदणीसाठी नोंदणी क्रमांक दिलेला आहे. तसेच मी माझे आधारसंबंधीची माहिती आधार कार्ड प्राप्त होताच उपलब्ध करून देईन. मी इच्छुक असले तरी आधार नोंदणी करू शकले नाही त्यामुळे नोंदणी ओळखपत्र दिलेले नाही. मी या योजनेच्या अंतर्गत लाभ मिळविण्यासाठी दिलेल्या इतर ओळखपत्रांचा वापर करण्यासाठी माझी संमती आहे.

ड) मी या योजनेच्या अंतर्गत असलेल्या तरतुदींचा भंग करून आधार किंवा इतर ओळख वापरलेली नाही.

इ) मी दिलेल्या बँक खात्याचा तपशील हा माझ्या वैयक्तिक खात्याचा आहे. (सामायिक (Joint) खात्याचा नाही).

फ) माझ्या गरोदरपणाच्या माहितीचा वापर योजने अंतर्गत लाभ देण्यासाठी वापर करण्याची मी संमती देत आहे.

ग) _____ (पतीचे नाव, अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे) माझे पती आहेत आणि जर या गरोदरपणामुळे सुखरूप बाळंतपण झाल्यास जन्माला येणारे बालक हे आमचे पहिले जीवंत अपत्य असेल.

मी याद्वारे दिलेली माहिती पूर्णपणे सत्य, परिपूर्ण व बरोबर माझ्या माहितीनुसार अचूक आहे.

लाभार्थीची स्वाक्षरी / डाव्या हाताचा निषाणी अंगठा

तारीख

ठिकाण

१४) पतीचे हमीपत्र*

मी याद्वारे, खालीलप्रमाणे लिहून देतो की,

अ) खालीलपैकी एक निवडा

१) प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजनेअंतर्गत लाभ मिळण्यासाठी आधार कायदा, २०१६ नुसार माझ्या आधार कार्ड वापरण्याच्या तसेच माझे आधार कार्डावरून माझी ओळख व मी दिलेली माहिती प्रमाणित करण्यासाठी संबंधित संस्थेला मी याद्वारे संमती देत आहे.

विभागाने माझ्या ओळखीसंबंधीची माहिती इतर कोणत्याही घटकास किंवा अन्य कोणत्याही कारणासाठी माझ्या संमतीशिवाय वापर करू नये.

किंवा

२) मी माझी वैध ओळख (आधार कार्डऐवजी) देत आहे, मी पुष्टी करतो की या अर्जाच्या तारखेस माझ्याकडे आधार कार्ड नाही. मी खात्री देतो की, मी आपला आधार क्रमांक प्राप्त करण्यासाठी अर्ज केलेला आहे आणि माझ्या नावनोंदणीसाठी नोंदणी क्रमांक दिलेला आहे. तसेच मी माझे आधारसंबंधीची माहिती आधार कार्ड प्राप्त होताच उपलब्ध करून देईन. मी इच्छुक असलो तरी आधार नोंदणी करू शकलो नाही, त्यामुळे नोंदणी ओळखपत्र दिलेले नाही. मी या योजनेच्या अंतर्गत लाभ मिळविण्यासाठी दिलेल्या इतर ओळखपत्रांचा वापर करण्यासाठी माझी संमती आहे.

ब) मी या योजनेच्या अंतर्गत असलेल्या तरतुदींचा भंग करून आधार किंवा इतर ओळख वापरलेली नाही.

क) _____ (पत्नीचे नाव, अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे) माझी पत्नी आहे आणि जर या गरोदरपणामुळे सुखरूप बाळंतपण झाल्यास जन्माला येणारे बालक हे आमचे पहिले जीवंत अपत्य असेल.

मी याद्वारे दिलेली माहिती पूर्णपणे सत्य, परिपूर्ण व बरोबर माझ्या माहितीनुसार अचूक आहे.

लाभार्थीच्या नव-याची स्वाक्षरी / डाव्या हाताचा निषाणी अंगठा

तारीख

ठिकाण

१५. लाभार्थीचा आरोग्य ओळख क्रमांक : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती / आशा / एएनएम यांनी भरावयाची माहिती*

१६. अंगणवाडी केंद्र / मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

अंगणवाडी केंद्र/ मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राचे नाव : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड* : _____

गावाचे / शहराचे नाव: _____

गावाचा कोड* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती / आशा / एएनएमचे नाव* : _____

पोस्ट ऑफीसचे नाव : _____

प्रकल्प : _____

जिल्हा* : _____

राज्य* : _____

अंगणवाडी केंद्रामध्ये / ग्राम (दिनांक / महिना / वर्षमध्ये पीएमएमव्हीवाय अंतर्गत नोंदणीची तारीख* (DD/ MM/ YYYY) या पध्दतीने लिहावे): ----- / ----- / -----

सुपरवायझर / एएनएम यांना सादर केल्याची तारीख* (DD/ MM/ YYYY) या पध्दतीने लिहावे) : ----- / ----- / -----

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण

पर्यवेक्षक / एएनएमद्वारे पडताळणी*

मी, श्री / श्रीमती . _____ यांनी या फॉर्ममध्ये दिलेल्या माहितीची पडताळणी केली आहे आणि हा फॉर्म योग्य प्रकारे भरलेला आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

क्षेत्र कोड

आरोग्य विभाग, औरंगाबाद

(भरलेला फॉर्म केवळ अधिकृत व्यक्तींनाच सादर करावा)

पंतप्रधान मातृ वंदना योजनेअंतर्गत दुस-या हप्त्यासाठी अर्जाचा नमुना

अनिवार्य बाबी*

१. मी, श्रीमती. _____ (लाभार्थीचे नोंदणीच्या वेळेचे नाव)* पंतप्रधान मातृ वंदना योजनेअंतर्गत

अंगणवाडी केंद्र / मान्यता प्राप्त आरोग्य संस्था / गाव _____ येथे नोंदणी केली आहे.

२. आधार / लाभार्थीच्या ओळख पत्राचा क्रमांक* _____ (पुराव्याची प्रत जोडा)

ओळखीचा पुरावा सादर केल्याबाबत योग्य त्या एका समोर (✓) अशी खुण करा

अ) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस पासबुकची झेरोक्स प्रत

ब) मतदार ओळखपत्र

क) रेशन कार्ड

ड) किसान पासबुकची झेरोक्स प्रत

ई) पासपोर्ट

एफ) ड्रायव्हिंग लायसन्स

जी) पॅन कार्ड

एच) मनरेगा जॉब कार्ड

आय) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील उपक्रमाद्वारे तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो ओळखपत्र

जे) राज्याने शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले कोणतेही फोटो ओळखपत्र

के) राजपत्रित अधिका-याने लेटरहेडवर तिच्या छायाचित्रासह दिलेले ओळखपत्र

एल) प्राथमिक आरोग्य केंद्रात (पीएचसी) किंवा सरकारी इस्पितळाने दिलेले आरोग्य कार्ड;

एम) राज्य सरकार किंवा केंद्रशासित प्रदेश प्रशासकाद्वारे निर्दिष्ट केलेले इतर दस्तऐवज.

३. अंगणवाडी केंद्रात / गावात पीएमएमव्हीवाय अंतर्गत नोंदणीची तारीख** (DD/ MM/ YYYY) - ----- / ----- / -----

४. प्रसुतीपूर्व नोंदणीची तारीख** (DD/ MM/ YYYY) या पध्दतीने लिहावे): ----- / ----- / -----

५. योजनेच्या अंतर्गत नोंदणीकृत असल्यास (✓) अशी खुण करा होय () नाही () (जर नाही, तर फॉर्म 1-ए भरा)

(जर होय असल्यास, पोचपावती स्लिपची प्रत जोडा)*

६. पंतप्रधान मातृ वंदना योजने अंतर्गत दुस-या हप्त्याची मागणी करण्याची तारीख* (DD/ MM/ YYYY) या

पध्दतीने लिहावे) : ----- / ----- / ----- (एमसीपी कार्डची आणि आधार / ओळखपत्राची एक प्रत जोडा)

७. लाभार्थीची आरोग्य ID: _____

स्वाक्षरी / डाव्या हाताचा निशाणी अंगठा

तारीख

ठिकाण

८. अंगणवाडी कार्यकर्ती / आशा / एएनएम यांनी भरावयाची माहिती

अंगणवाडी केंद्र / मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

अंगणवाडी केंद्र/ मान्यताप्राप्त आरोग्य केंद्राचे नाव : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड* : _____

गावाचे / शहराचे नाव: _____

गावाचा कोड* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती / आशा / एएनएमचे नाव* : _____

पोस्ट ऑफीसचे नाव : _____

प्रकल्प : _____

जिल्हा* : _____

राज्य* : _____

९. सोबत जोडावयाच्या दस्तऐवजांची चेकलिस्ट:

क्रमांक	सोबत जोडावयाचे/ दस्तऐवज	दस्तऐवज जोडले का ? होय/ नाही/ लागू नाही
1	लाभार्थीचे आधार कार्ड/ ओळखपत्र (योजने अंतर्गत नोंदणी करताना सादर केलेल्या ओळखपत्राप्रमाणे असावे.)	
2	प्रसुतीपूर्व तपासणीच्या तपशिलासह एमसीपी कार्ड	
3	पोहोच पावती	

अंगणवाडी कार्यकर्ती/ आशा/ एएनएमकडे पंतप्रधान मातृ वंदना योजने अंतर्गत दुस-या हप्त्याची मागणी केल्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) ----- / ----- / -----

सुपरवायझर / एएनएम यांना सादर केल्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) ----- / ----- / -----

स्वाक्षरी

तारीख

ठिकाण

पर्यवेक्षक / एएनएम* यांनी करावयाची पडताळणी

मी श्री/श्रीमती ----- (पर्यवेक्षक / एएनएमचे नाव*) मी या प्रपत्रामध्ये दिलेली माहिती तपासली

असून, ती परिपूर्ण असल्याची खात्री केली आहे.

स्वाक्षरी

तारीख

सेक्टर कोड

आरोग्य विभाग, औरंगाबाद

(भरलेला फॉर्म फक्त अधिकृत व्यक्तींनाच सादर करावा)

पंतप्रधान मातृ वंदना योजनेअंतर्गत तिसरा हप्ता मिळण्यासाठी अर्जाचा नमुना

अनिवार्य बाबी*

१. लाभार्थीचे नाव* : _____

२. आधार / लाभार्थीचा ओळखपत्र क्रमांक* : _____

ओळखीचा पुरावा सादर केल्याबाबत योग्य त्या एका समोर (✓) अशी खुण करा

अ) बँक किंवा पोस्ट ऑफिस पासबुकची झेरॉक्स प्रत

ब) मतदार ओळखपत्र

क) रेशन कार्ड

ड) किसान पासबुकची झेरॉक्स प्रत

ई) पासपोर्ट

एफ) ड्रायव्हिंग लायसन्स

जी) पॅन कार्ड

एच) मनरेगा जॉब कार्ड

आय) शासनाने किंवा कोणत्याही सार्वजनिक क्षेत्रातील उपक्रमाद्वारे तिच्या पतीला देण्यात आलेले कर्मचारी फोटो ओळखपत्र

जे) राज्य शासनाने किंवा केंद्रशासित प्रशासनाने दिलेले कोणतेही फोटो ओळखपत्र

के) राजपत्रित अधिका-याने लेटरहेडवर तिच्या छायाचित्रासह दिलेले ओळखपत्र

एल) प्राथमिक आरोग्य केंद्रात (पीएचसी) किंवा सरकारी इस्पितळाने दिलेले आरोग्य कार्ड;

एम) राज्य सरकार किंवा केंद्रशासित प्रदेश प्रशासकाद्वारे निर्दिष्ट केलेले इतर दस्तऐवज.

३. बाळंतपणाची तारीख (DD/MM/YYYY) ----- / ----- / -----

४. बाळंतपण शासन मान्यताप्राप्त संस्थेमध्ये झाली का? * : होय (), नाही ()

जर होय असेल तर, शासनाच्या मान्यता प्राप्त संस्थेचे नाव _____

५. योजनेअंतर्गत नोंदणीकृत असल्यास, होय, वर (✓) अशी खुण करा : (जर नाही, तर फॉर्म 1-ए भरा) (जर होय असल्यास,

पोहोच पावतीची प्रत जोडा)*

६. अपत्याचे लिंग* :

अ. ☐ पुरुष ☐ स्त्री (कृपया (✓) खुण करा)

अनेक मुले जन्माला आली असल्यास खालील माहिती भरा.

ब. ☐ पुरुष ☐ स्त्री..... (कृपया खूण करा व संख्या लिहा) (जुळे असल्यास)

क. ☐ पुरुष ☐ स्त्री..... (कृपया खूण करा व संख्या लिहा) (तिळे झाल्यास)

ड. ☐ पुरुष ☐ स्त्री..... (कृपया खूण करा व संख्या लिहा) (एका वेळेस चार जन्माला आलेली बालके

७. पहिल्या टप्प्यातील दिलेल्या लसीकरणाची माहिती द्या*. योग्य पर्यायासमोर (✓) अशी खुण करा

अ. बीसीजी - होय (), नाही () ब. ओपीव्ही- होय (), नाही ()
क. इंजे. पॅन्टा - होय (), नाही () ड. हेपॅटायटीस बी - होय (), नाही ()

८. पहिल्या टप्प्यातील लसीकरण पूर्ण होण्याचा दिनांक* : _____

९. लाभार्थ्याने यापूर्वी उपजत मृत्यू झाल्याचे माहिती दिली असल्यास पर्यायासमोर (✓) अशी खुण करा होय () नाही ()

१०. खालील प्रमाणपत्राची एक प्रत जोडा* :

अ. बाल जन्म प्रमाणपत्र ब. लसीकरण तपशीलासह एमसी पी कार्ड

११. लाभार्थीची आरोग्य पत्रिका क्रमांक - _____

१२. अंगणवाडी कार्यकर्ती/ आशा / एएनएम यांनी भरावयाची माहिती

अंगणवाडी केंद्र/ मान्यता प्राप्त आरोग्य केंद्राची माहिती

अंगणवाडी केंद्र नाव/ मान्यता प्राप्त आरोग्य संस्थेचे नाव : _____

अंगणवाडी केंद्र कोड* : _____ गावाचे / शहराचे नाव* : _____

गावाचा कोड* : _____

अंगणवाडी कार्यकर्ती/ आशा / एएनएमचे नाव* : _____

पोस्ट ऑफिसचे नाव : _____ सेक्टरचे नाव : _____

प्रकल्प / तालुक्याचे नाव : _____ जिल्हा* : _____

राज्य/ केंद्र शासित प्रदेश* : _____

लाभार्थीने तिसरा हप्ता मागितल्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) (...../...../.....)

पर्यवेक्षक / एएनएम यांना सादर केल्याची तारीख* : (DD/MM/YYYY) (...../...../.....)

१३. संलग्न केलेल्या दस्तऐवजांची चेकलिस्ट

v	सोबत जोडलेली कागदपत्रे (फोटो प्रत संलग्न करणे)	संलग्न दस्तऐवज- होय - Y, नाही - N, लागू नाही - NA
1	लाभार्थीचा आधार कार्ड	
2	लसीकरणासह एमसीपी कार्ड	
3	बाळाचा जन्म दाखला	
4	पोहोच पावती	
५	सदर लाभार्थीजे.एस.वाय.लाभकारीता पात्र	आहे. किंवा नाही
६	असल्यास दिनांक व दिलेली रक्कम-	

लाभार्थी स्वाक्षरी / अंगठा निषाणी ठसा

दिनांक / / २०

ठिकाण

पर्यवेक्षक / एएनएम* यांनी करावयाची पडताळणी

मी श्री/श्रीमती ----- (पर्यवेक्षक / एएनएमचे नाव*) मी या प्रपत्रामध्ये दिलेली

माहिती तपासली असून, ती परिपूर्ण असल्याची खात्री केली आहे.

सही

नाव

तारीख

क्षेत्र कोड