

संलग्नक "क"

शहरी आशा को मिलने वाली प्रोत्साहन राशि के भुगतान हेतु प्रपत्र-1

शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम

शहरी आशा का नाम वार्ड का नाम माह जमा करने की तिथि

बैंक का नाम खाता संख्या IFS कोड

क्र० सं०	कार्यक्रम	गतिविधियाँ	प्रतिपूर्ति राशि (रूपये में)	माह में किया गया कार्य (हाँ अथवा नहीं लिखें)	माह में कुल अनुमन्य राशि	पिछले माह में शेष भुगतान का विवरण	कुल अनुमन्य राशि (6+7)	भुगतान का विवरण
	1	2		4	5	6	7	8
1	एडीशनलिटीज मद (नियमित गतिविधियाँ)	शहरी स्वास्थ्य पोषण दिवस में लाभार्थियों को प्रेरित करने एवं उपस्थित रहने पर	200					
2		महिला आरोग्य समिति की बैठक का आयोजन, प्रतिभाग एवं अभिलेखीकरण करने पर	150					
3		शहरी आशाओं को सी.एच.सी./पी.एच.सी. पर मासिक बैठक में भाग लेने हेतु यात्रा-व्यय	150					
4		वार्ड सर्वे को अद्यतन करना	100					
5		शहरी स्वास्थ्य सूचकांक रजिस्टर का अद्यतन करने व जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण हेतु सहायता करने पर	100					
6		टीकाकरण हेतु बच्चों का ड्यू लिस्ट बनाना एवं मासिक आधार पर अद्यतन करने पर	100					
7		ANC लाभार्थियों की सूची बनाना एवं मासिक आधार पर अद्यतन करने पर	100					
8		योग्य दम्पतियों की सूची बनाना एवं मासिक आधार पर अद्यतन करने पर	100					

शहरी आशा के हस्ताक्षर

ए०एन०एम० का हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

नगरीय प्रमारी चिकित्सा अधिकारी