

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 (लाभार्थियों संख्या)	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	मातृ स्वास्थ्य	प्रसव पूर्व देखभाल के साथ संस्थागत प्रसव में सहायता करने पर	400					
2		प्रसव पूर्व देखभाल के बिना संस्थागत प्रसव में सहायता करने पर	200					
3		मातृ मृत्यु की सूचना	200					
4		अति जोखिम गर्भवती महिला का उच्चस्तरीय केन्द्र पर परीक्षण, भर्ती और संस्थागत प्रसव कराने के साथ MCTS/ RCH पोर्टल पर मंजूरतल कराने पर (प्रति केस)	300					
5	परिवार कल्याण	दो बच्चों के पश्चात् स्थायी गर्भनिरोधक साधन हेतु प्रेरित करने पर	1000					
6		शादी के पश्चात् 2 साल तक प्रथम बच्चे हेतु अन्तराल रखने हेतु प्रेरित करने पर	500					
7		प्रथम बच्चे से द्वितीय बच्चे के मध्य 3 साल का अन्तराल रखने हेतु प्रेरित करने पर	500					
8		लाभार्थी को PPIUCD लगवाने हेतु स्वास्थ्य इकाई पर ले जाने/सहयोग करने पर	150					
9	टीकाकरण	टीकाकरण के लिए बच्चों को प्रेरित करने हेतु (प्रति सत्र)	150					
10		0-1 वर्ष के बच्चों का पूर्ण प्रतिरक्षीकरण हेतु (प्रति बच्चा)	100					
11		1-2 वर्ष के बच्चों का पूर्ण प्रतिरक्षीकरण हेतु (प्रति बच्चा)	50					
12	अन्य-1							
13	अन्य-2							
14	अन्य-3							

शहरी आशा के हस्ताक्षर

ए०एन०एम० का हस्ताक्षर

हस्ताक्षर
नगरीय प्रमारी चिकित्सा अधिकारी