



# समेकित बाल विकास सेवाएँ



## परिवार विवरण

	नाम	कोड
जिला		
आई.सी.डी.एस परियोजना (ब्लॉक)		
सैक्टर		
ग्राम/वार्ड		
ऑगनवाड़ी केन्द्र		
ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता		
ऑगनवाड़ी सहायिका		



महिला एवं बाल विकास मंत्रालय

भारत सरकार

# परिवार का विवरण

परिवार संख्या :

श्रेणी:- अनुसूचित जन जाति (अ.ज.जा.)/  
अनुसूचित जाति (अ.जा.)/  
अन्य पिछड़ा वर्ग (अ.पि.व.)/अन्य

स्थान (टोला/गली/मोहल्ला/वार्ड) :

धर्म :

अंतिम परिवर्तन दिनांक			
1	4	7	10
2	5	8	11
3	6	9	12

प्रदेश में अल्पसंख्यक ? हाँ  नहीं

1	2	3	4	5	6	7		
						दिन	माह	वर्ष
परिवार में क्रम संख्या	विशिष्ट पहचान संख्या (UID) /आधार संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम (परिवार के मुखिया का नाम पहले लिखें)	परिवार के मुखिया से सम्बन्ध	लिंग (महिला / पुरुष)	वैवाहिक स्थिति 1. विवाहित 2. अन्य	जन्मतिथि		

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
अप्रैल माह में आयु (पूर्ण हुए वर्ष व माह)	माँ का नाम (0-6 वर्ष के बच्चों के लिए)	लक्ष्य कोड P = गर्भवती L = धात्री C = बच्चा A = किशोरी बालिका	विकलांगता के प्रकार (यदि है तो) 1. शारिरिक 2. मानसिक 3. दृष्टिहीन 4. बधिर 5. मूक	आंगनबाड़ी क्षेत्र के निवासी हैं/नहीं	आगमन की तिथि	बाहर जाने की तिथि	मृत्यु की तिथि	क्या नीचे दी गई आई.सी.डी.एस. सेवाओं को प्राप्त करना चाहते हैं? हाँ/नहीं	शाला पूर्व शिक्षा
वर्ष	माह							पूरक पोषण आहार	