



कार्यालय बाल विकास परियोजना अधिकारी



3-6 वर्ष के बच्चों को उपलब्ध कराये गये गरम पूरक पोषाहार के भुगतान हेतु दावा प्रपत्र

केन्द्र का नाम कोड..... सेक्टर..... परियोजना माह.....

क्र.स.	दिनांक	रेसीपी का नाम (फोर्टिफाइड मूंग दाल चावल खिचड़ी/ फोर्टिफाइड न्यूट्री मीठा दलिया/ फोर्टिफाइड उपमा प्रीमिक्स)	लाभार्थियों की संख्या	क्र.स.	दिनांक	रेसीपी का नाम (फोर्टिफाइड मूंग दाल चावल खिचड़ी/ फोर्टिफाइड न्यूट्री मीठा दलिया/ फोर्टिफाइड उपमा प्रीमिक्स)	लाभार्थियों की संख्या
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16					कुल योग		

पुनर्भरण हेतु राशि रू. 0.45X.....(कुल हाजिरी)= रूपये (अंको में)
(शब्दों में)

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त विवरणानुसार आंगनबाड़ी केन्द्र पर लाभान्वितों को गरम पूरक पोषाहार की रेसीपी फोर्टिफाइड मूंग दाल चावल खिचड़ी/फोर्टिफाइड न्यूट्री मीठा दलिया/पौष्टिक उपमा प्रीमिक्स(मीठा-नमकीन) निर्धारित मात्रा में आंगनबाड़ी केन्द्र पर पका कर लाभान्वितों को खिलाया गया है।

हस्ताक्षर आंगनबाड़ी कार्यकर्ता
मय मोहर

प्रमाणित

अध्यक्ष आंगनबाड़ी मातृ बाल विकास समिति (हस्ताक्षर मय नाम मोहर)

प्रति हस्ताक्षर

महिला पर्यवेक्षक (हस्ताक्षर मय नाम मोहर)

सत्यापनकर्ता

बाल विकास परियोजना अधिकारी (हस्ताक्षर मय नाम मोहर)