At Citizen end: Registration form, Registration can be done through Anganwadi Center

Registration Under Mukhyamantri Kanya Sumangala Yojna (Details Of Applicant : Parents / Guardian / Self)
मुख्यमंत्री कन्या सुमंगला योजना के तहत पंजीकरण (आवेदक का विवरण: माता-पिता / अभिभावक / स्व)

Is the applicant being registered through Anganwadi Centre? (क्या आवेदक का पंजीकरण आंगनवाड़ी सेन्टर के द्वारा किया जा रहा है।) ☑Yes/ हाँ ☐No/नहीं

Applicant's Relation with Girl Child / बालिका के साथ आवेदक का संबंध *
Relation With Girl Child

Applicant's Mobile Number / आवेदक का मोबाइल नंबर *
Mobile No.

Applicant Name/ आवेदक का नाम *
Mr. | Applicant's First Name | Mid Name | Applicant's Last Name

Applicant's Father/Husband Name / आवेदक के पिता / पति का नाम *
Mr. | Father/Husband First Name | Mid Name | Father/Husband Last Name

Total No. of children in Beneficiary's family / लाभार्थी के परिवार में बच्चों की कुल संख्या *
Total No. of children in family

Applicant Type / आवेदक का प्रकार *	**District / जिला * (For Physical Verification / भौतिक सत्यापन)**	**Block / ब्लॉक ***	**Grampanchayat / ग्रामपंचायत ***	**Village / गाँव ***
Rural	Agra	Select Block		Village Name

Anganwadi Project Name / आंगनवाड़ी परियोजना का नाम
BARAULI AHEER (1)

Anganwadi Center / आंगनवाड़ी सेन्टर
AKBARPUR (47785)

Password / पासवर्ड * PASSWORD HELP
••••••••

Confirm Password / पासवर्ड की पुष्टि करें *
Enter Confirm Password

☐I am a resident of Uttar Pradesh *
☐Annual income of family is below Rs 3 lacs *

3dd8b2 | Enter Captcha ⟳

Send SMS OTP

Note: Applicant Can Add Upto 2 Beneficiaries (or 3 beneficiaries in case of twin only) In Single Registration
नोट: आवेदक एक पंजीकरण में अधिकतम 2 लाभार्थी (या केवल जुड़वां के मामले में 3 लाभार्थी) जोड़ सकता है

Close

Department of Women & Child Development
Government of Uttar Pradesh

MUKHYAMANTRI KANYA SUMANGALA YOJANA

First Time User - Register Yourself

Terms & Conditions

* Provide valid mobile number for further communication.
* Financial assistance for girl child is to be granted by concerned authority on the basis of documents and other details provided by the applicant,terms and conditions of scheme as decided by the Department and availability of fund as per Government policy.
* If any document / information found incorrect, the complete application will be rejected.
* A unique, valid mobile number at the time of registration should be given.
* If duplicate applications found for the same girl child,all applications will be rejected.

☐ I agree (मैं सहमत हूँ) Continue (जारी रखें)

✓

success!

Registered successfully. Your loginid is -
W██████. Loginid has been shared to your
mobile number. Please login to continue!

OK

Already Registered ? - Login Here

Enter Login ID
Enter Password
7ae5dc | Enter Captcha ⟳

Forget User ID ?   Forget password ?

Sign-IN

📋 Notice Board

Aadhar of Applicant, Father, Mother and Beneficiaries' is mandatory from 10-Oct-2022.

* यदि एक ही बालिका का डुप्लीकेट आवेदन पाया जाता है तो उसकी सारे आवेदन निरस्त कर दिए जायेंगे।

Application Fill the stage 1 to 6 same select the Anganwadi Center
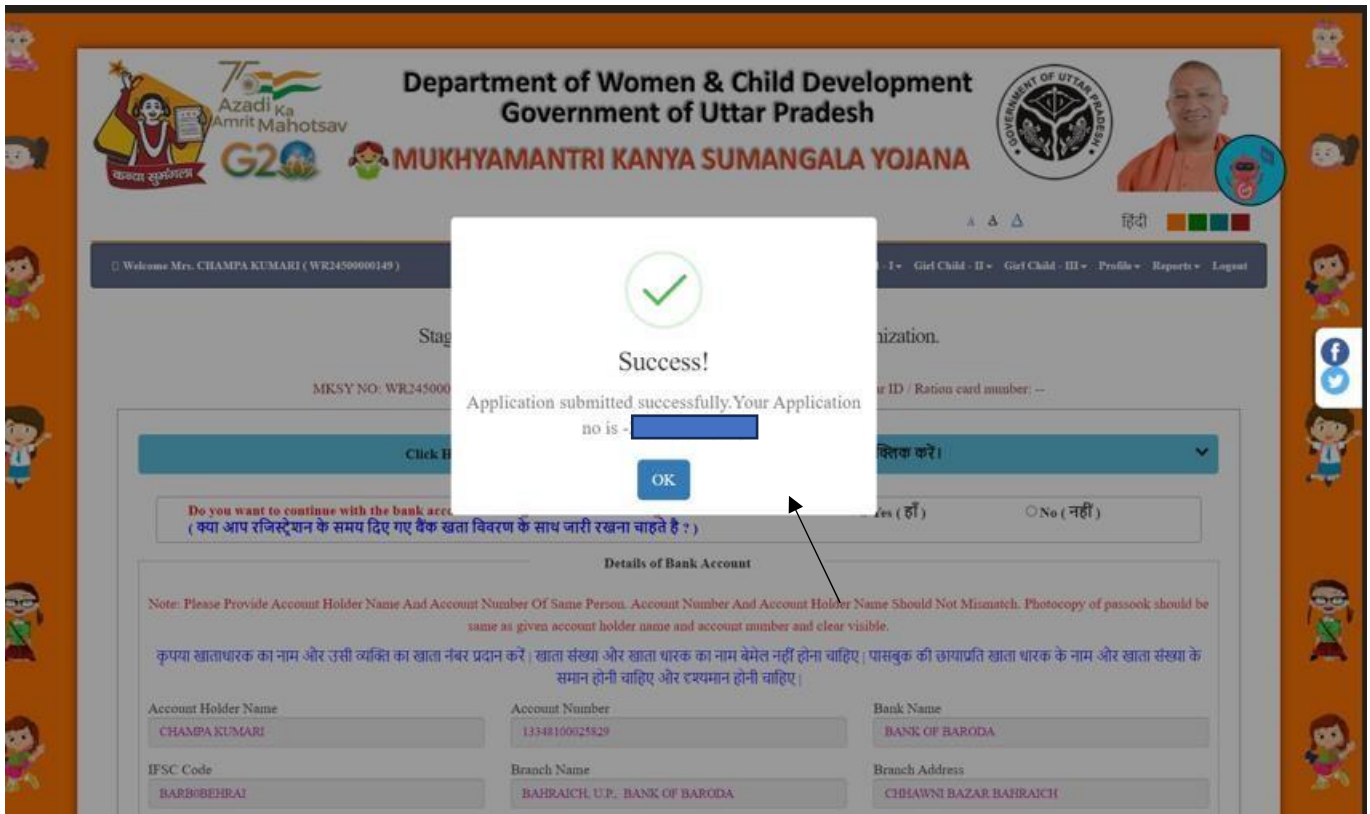
Application Print preview for stage 1 to 6 displays Anganwadi Center

21. बैंक खाते का विवरण (Details of Bank Account):

खाताधारक का नाम (Name of Account Holder) ....**CHAMPA KUMARI** ....

खाताधारक का महिला से सम्बन्ध (Relationship of Girl with account holder) ....**Mother**...........

खाता संख्या(Account Number)......**13348100025829**.......बैंक का नाम (Name of Bank) ....**BANK OF BARODA** ....बैंक की शाखा व पता (Branch Name and address)
........**BAHRAICH, U.P., BANK OF BARODA,CHHAWNI BAZAR BAHRAICH**......आई0 ऍफ़0 एस0 सी0 कोड(IFSC Code)...**BARB0BEHRAI**...

22. खाताधारक का परिवार आईडी / राशन कार्ड (Parivar ID / Ration card of Account Holder) ....

23. आवेदन में भरे जाने वाले आंगनवाड़ी का विवरण (Details of Anganwadi to be filled in application) ......**BALHA - AMAPOKHAR**......

24.

उम्र (Age)	टीका (Immunization)	टीकाकरण की स्तिथि (Status of Immunization)	
		Yes	No
जन्म के २४ घंटे के भीतर (within 24 hours of birth)	पोलियो (Polio)	Yes	
जन्म के 1 वर्ष के भीतर (within 1 year of birth)	बी0 सी0 जी0 (BCG)	Yes	
६ सप्ताह / डेढ़ माह पर (6 weeks)	पोलियो रोटा वायरस FIPV पी0 सी0 वी0 पेंटावेलेंट (Polio, ROTA VIRUS, fIPV, PCV Pentavalent)	Yes	
१० सप्ताह पर (पहली खुराक के ४ सप्ताह के अंतराल /ढाई माह पर) (at 10 weeks)	पोलियो रोटा वायरस FIPV पी0 सी0 वी0 पेंटावेलेंट (Polio, ROTA VIRUS, Pentavalent)	Yes	
१४ सप्ताह पर (दूसरी खुराक के सप्ताह के अंतराल /साढ़े ३ माह पर) (at 14 weeks)	पोलियो रोटा वायरस FIPV पी0 सी0 वी0 पेंटावेलेंट (Polio, ROTA VIRUS, fIPV, PCV Pentavalent)	Yes	
९ माह पर (at 9 months)	विटामिन ए , खसरा /MR डी0 पी0 टी0 (Vitamin A,Measles/MR,DPT)	Yes	

बालिका का नाम (Name of Girl) ..**Ms. SHRUTI YADAV**...उम्र (Age) ....**1 Years 5 Months 7 Days** ...(Place of Immunization (Please specify name address of Hospital/Clinic)).......Name - **data**, Address - **test data** ....

अपलोड किए गए दस्तावेज़ (Uploaded Documents)	बी.डी.ओ./एस.डी.एम.द्वारा निरीक्षण रिपोर्ट (Inspection Report by BDO/SDM)	समिति की रिपोर्ट(Committee Report)
• निर्धारित प्रारूप पर शपथ पत्र (Affidavit on the prescribed format) • बालिका का नवीनतम फोटो (Girls latest photo)	Under Processing	Under Processing