

স্বাস্থ্য সাথী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার



Swasthya Sathi

Swasthya Bhawan

GN-29, Sec-V, Salt Lake, Bidhan Nagar,
Kolkata-91, West Bengal

FORM-B (Application for enrollment under Swasthya Sathi)

DISTRICT :	Application NO : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
BLOCK/MUNICIPALITY:-	CAMP NAME SERIAL NO DATE
PANCHAYAT :-	MINORITY STATUS : YES/NO
VILLAGE/WARD:-	CAST : SC / ST / OBC
RESIDENTIAL ADDRESS:-	DEPARTMENT (IF EMPLOYED) :
<input type="text"/>	CATAGORY :
OFFICE NAME & ADDRESS:- (IF APPLICANT OR MEMBER IS EMPLOYED)	NAME OF THE APPLICANT :
<input type="text"/>	FATHER'S NAME :
	DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE GOVT. SPONSORED HEALTH INSURANCE / ASSURANCE : <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
	DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL ALLOWANCE FROM GOVERNMENT : <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO

SL NO	MEMBER NAME	SEX	AGE	RELATION	MOBILE NO.	AADHAAR NO.(If Any)	KHADYASATHI ID NO.
1				Beneficiary /Self			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

পরিবারের সকল সদস্যের নাম লিখুন

উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি বা আমার পরিবারের কোন সদস্য ইতিপূর্বে স্বাস্থ্যসাথী কার্ড পাইনি বা স্বাস্থ্যসাথী কার্ড এর জন্য ফর্ম-B দাখিল করিনি।

SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER

NAME: _____

BENEFICIARY SIGNATURE

বিশদে জানতে ১৮০০-৩৪৫-৫৩৮৪ নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার সর্বদাই আপনার পাশে আছে।

Received Swasthya Sathi Application From _____

Application NO : / /

CAMP NAME

SERIAL NO

DATE

Signature