

স্বাস্থ্য সার্থী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার



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

FORM-D (Application for name deletion under Swasthya Sathi)

Application NO :

	/		/	
CAMP NAME		SERIAL NO		DATE

DISTRICT :

BLOCK/MUNICIPALITY:-

PANCHAYAT :-

VILLAGE/WARD:-

RESIDENTIAL ADDRESS:-

--

NAME OF THE BENEFICIARY :

FATHER'S NAME :

DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE GOVT.

SPONSORED HEALTH INSURANCE / ASSURANCE : YES / NO

DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL

ALLOWANCE FROM GOVERNMENT : YES / NO

URN NUMBER :-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAMES TO BE DELETED

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

পরিবারের সেই সকল সদস্যের নাম লিখুন যাদের নাম বাদ দিতে হবে

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