

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-A (Application for name addition under Swasthya Sathi)

Application 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 ADDED

SL NO	MEMBER 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 লিপন যাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করতে হবে

উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমার পরিবারের উপরোক্ত সদস্যদের নাম ইতিপূর্বে স্বাস্থ্য সার্থী কার্ডে নথিভুক্ত হয়নি।

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 :

DATE

Signature