

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-C (Application for name correction 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 CORRECTED

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 স্মরণ করা তথ্য সংশোধন করতে হবে

SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER

BENEFICIARY SIGNATURE

NAME: _____

বিশদে জানতে ১৮০০-৩৪৫-৫৩৮৮ নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

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

Received Swasthya Sathi Application from _____

Application NO :

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

DATE

Signature