

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 : BLOCK/MUNICIPALITY:- PANCHAYAT :- VILLAGE/WARD:- RESIDENTIAL ADDRESS:-	Application NO : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> CAMP NAME SERIAL NO DATE	MINORITY STATUS : YES/NO CAST : SC / ST / OBC DEPARTMENT (IF EMPLOYED) : CATEGORY :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OFFICE NAME & ADDRESS:- (IF APPLICANT OR MEMBER IS EMPLOYED)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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।