

**FORM-A** (Application for name addition 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 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 লিখুন যাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করতে হবে

উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমার পরিবারের উপরোক্ত সদস্যগণের নাম ইতিপূর্বে স্বাস্থ্য সাথী 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 :

CAMP NAME

SERIAL NO

DATE

Signature

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-B (Application for enrollment under Swasthya Sathi)

DISTRICT : BLOCK/MUNICIPALITY:- PANCHAYAT :- VILLAGE/WARD:- RESIDENTIAL ADDRESS:- OFFICE NAME & ADDRESS: (IF APPLICANT OR MEMBER IS EMPLOYED) 	Application NO : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>CAMP NAME SERIAL NO DATE</small> MINORITY STATUS : YES/NO CASTE : SC/ ST/ OBC DEPARTMENT (IF EMPLOYED) : CATEGORY : NAME OF THE APPLICANT : 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.	KHADYASATHI ID NO.	AADHAAR NO. (If Any)
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 স্বাস্থ্যসার্থী কার্ড পাইনি বা স্বাস্থ্যসার্থী 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

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)

<p>DISTRICT : BLOCK/MUNICIPALITY:- PANCHAYAT :- VILLAGE/WARD:- RESIDENTIAL ADDRESS:-</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>URN NUMBER :-</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 10%; height: 20px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>																		<p>Application NO : / / </p> <p style="text-align: center;"><small>CAMP NAME SERIAL NO DATE</small></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>NAME OF THE BENEFICIARY :</p><p>FATHER'S NAME :</p></div> <p>DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE GOVT. SPONSORED HEALTH INSURANCE / ASSURANCE : YES / NO</p> <p>DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL ALLOWANCE FROM GOVERNMENT : YES / NO</p>

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 অথবা তথ্য সংশোধন করতে হবে

<p>_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER</p> <p>NAME: _____</p>	<p>_____ BENEFICIARY SIGNATURE</p>
--	--

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

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)

DISTRICT :

BLOCK/MUNICIPALITY:-

PANCHAYAT :-

VILLAGE/WARD:-

RESIDENTIAL ADDRESS:-

URN NUMBER :-

Application NO :

CAMP NAME

SERIAL NO

DATE

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

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