## 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)

Application NO :							
PANC VILLA	ICT : (/MUNICIPALITY:- HAYAT :- GE/WARD:- )ENTIAL ADDRESS:-	(25) -			DATE MINORITY STATUS: YES/NO CASTE: SC/ST/OBC DEPARTMENT (IF EMPLOYED): CATEGORY:		
OFFICE NAME & ADDRESS: (IF APPLICANT OR MEMBER IS EMPLOYED)  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							
SL	MEMBER NAME	SEX	AGE	RELATION	MOBILE NO.	KHADYASATHI ID NO.	AADHAAR NO.
NO 1				Beneficiary			(II Ally)
2			* (a	/Self	F		
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-৪ 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: Signature							