

**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 APPLICANT :

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 সদস্যের 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