

**FORM-B** (Application for enrollment under Swasthya Sathi)

Application NO :

CAMP NAME

SERIAL NO

DATE

DISTRICT :

BLOCK/MUNICIPALITY:-

PANCHAYAT :-

VILLAGE/WARD:-

RESIDENTIAL ADDRESS:-

OFFICE NAME & ADDRESS:- (IF APPLICANT OR MEMBER IS EMPLOYED)

MINORITY STATUS : YES/NO

CAST : 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 :

YES

NO

DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL

ALLOWANCE FROM GOVERNMENT :

YES

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।