## 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-A (Application for name addition under Swasthya Sathi)

		Applicati	ion N	10:		25			=======================================				P.					]/		
DISTR	ICT : <pre>K/MUNICIPALITY:-</pre>	*		<b>!</b>				•					-11	*					DAT	E
	HAYAT :-	NAME OF THE BENEFICIARY :																		
	GE/WARD:-																			
RESIL	DENTIAL ADDRESS:-			FATHER'S NAME :																
					DO	ANY M	ЕМВЕ	R OF	THE FA	IIMA	LY RE	CEIV	Æ G	OVT.			1			
						ONSOR									YES	/_NO	]			
						DO ANY MEMBER OF THE FAMILY RECEIVE MEDICAL ALLOWANCE FROM GOVERNMENT:														
URN	NUMBER :-			1		1	7	71	LOWA	CLTI		F	IVIVI	LINI .	_1			YES	/_ NO	<b>J</b> <sub>9</sub>
SL MEMBER NAME SEX AGE RELATION MOBILE NO. KHADYASATHI ID NO. AADHAAR NO.																				
SL NO	MEMBER NAME	SEX	REL	RELATION			MOBILE NO.				KHADYASATHI ID NO.							AADHAAR NO. (If Any)		
1																				
2																				
3																				
4																				
5						_														
7						$\dashv$											$\dashv$			
8						-														
9																	-			
10						7					7,									
		পরিবারের	সেই স	 ৰকল সদ	স্থোর ন	 11ম বি	শ্বুন য	দৈর	নাম ভ	মন্ত কু	 ভ কর	তে হ	ব							
পরিবারের সেই সকল সদস্যের নাম লিখুন যাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করতে হবে উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমার পরিবারের উপরোক্ত সদস্যগণের নাম ইতিপূর্বে স্বাস্থ্য সাথী কার্ক্তে নথিভুক্ত হয়নি।																				
SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER																				
NAME:																				
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:																				
DATE Signature																				