



FORM-D (Application for name deletion under Swasthya Sathi)

Application 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 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

BENEFICIARY SIGNATURE

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