



UNIVERSITY OF CALCUTTA

SENATE HOUSE, 87/1 COLLEGE STREET, KOLKATA – 700 073

SOUMITRA SARKAR

M.A., M.Lib.Sc, Ph.D., D.S.A.

REGISTRAR (Officiating)

soumitrasarkar@caluniv.ac.in

Phone : 2241 0071

Ref. No.

Date

No. R/32/07.12.2018

7 December, 2018

NOTICE

It is notified for information of all non-teaching employees of this University that as per resolution of the University Syndicate in its meeting held on 6 November, 2017 (vide item no.14) the Group Health Insurance Scheme, namely, "Swasthya Sathi" launched by the Government of West Bengal has been accepted for implementation in the University. The decision of the Syndicate was communicated by the Accounts Department vide no. A/S/S/Sal/320, dated 02.02.2018 on the University website.

All non-teaching employees are hereby encouraged once again to go through the details of the Scheme(as attached) and share the information with their colleagues. Employees are requested to submit their option form (duly filed in and signed) in the prescribed format (as attached), to the Audit & Accounts Department of our University. The Accounts Officer / Deputy Registrar (Acting) may be approached for any further clarification regarding this.


Registrar (Officiating)

Copy to :

All Heads of Academic and Administrative Departments with a request to circulate this notice among staff members.


Registrar (Officiating)

স্বাস্থ্যসার্থী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার



Swasthya Bhawan,
GN-29, Sec-V, Salt Lake, Bidhan Nagar,
Kolkata-91, West Bengal

FORM-B (Application for enrollment under Swasthya Sathi)

Application NO :

DISTRICT :

BLOCK/MUNICIPALITY:-

PANCHAYAT/MUNICIPALITY:-

VILLAGE/WARD:-

RESIDENTIAL ADDRESS:-

MINORITY STATUS : YES/NO

DEPARTMENT:

CATEGORY:

CAST:-

Name of HOF:

Father's Name:

OFFICE NAME & ADDRESS:-

RSBY URN (If Any):-

SL NO	MEMBER NAME	SEX	AGE	RELATION	MOBILE NO.	AADHAAR NO. (If Any)	KHADYASATHI ID NO.
1				Beneficiary /Self			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

পরিবারের সকল সদস্য-এর নাম লিখুন

উপরোক্ত তথ্য সম্পূর্ণ সত্য এবং আমি বা আমার পরিবারের কোন সদস্য ইতিপূর্বে স্বাস্থ্যসার্থী কার্ড পাই নি বা স্বাস্থ্যসার্থী কার্ড এর জন্য ফর্ম-বি দাখিল করি নি।

SIGNATURE OF VERIFYING OFFICER

NAME: _____

BENEFICIARY SIGNATURE

বিশদ জানতে ১৮০০-৩০০-৫৩৮৪ নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার সর্বদাই আপনার পাশে আছে।