

EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

PAGE NO 1

PERSONAL DETAILS (ব্যক্তিগত বিবরণ)	
G.P.F NO. (জি পি এফ নম্বর)	
RESIDING DISTRICT (বসবাসের জেলা)	
DATE OF BIRTH (জন্ম তারিখ)	
EMPLOYEE FIRST NAME (কর্মচারী প্রথম নাম)	
EMPLOYEE LAST NAME (কর্মচারীর উপাধি)	
SEX (লিঙ্গ)	
MARITAL STATUS (বৈবাহিক অবস্থা)	
PERMANENT ADDRESS (স্থায়ী ঠিকানা)	
MOBILE NUMBER (মোবাইল নম্বর)	
EMAIL ID (ইমেইল আইডি)	
RESIDENCE PHONE NUMBER (বাসস্থানের ফোন নম্বর)	
IDENTITY PROOF (পরিচয় প্রমাণ)	<input type="checkbox"/> VOTER CARD (ভোটার কার্ড) OR (অথবা) <input type="checkbox"/> PAN CARD (প্যান কার্ড)
IDENTITY PROOF NO. (পরিচয় প্রমাণ নম্বর)	
ALREADY ENROLLED IN HEALTH SCHEME? (ইতিমধ্যে স্বাস্থ্য প্রকল্প-এর মধ্যে নাম নথিভুক্ত?)	<input type="checkbox"/> YES (হ্যাঁ) <input type="checkbox"/> NO (না)
ENTRY DATE OF APPLICATION FOR ENROLLMENT (তালিকাভুক্তির জন্য আবেদন করার তারিখ)	
OFFICE DETAILS (অফিস বিবরণ)	
OFFICE LOCATION TYPE (অফিস অবস্থানের প্রকার)	
DEPARTMENT NAME (দপ্তরের নাম)	
DATE OF ENTRY INTO GOVERNMENT SERVICE (সরকারি চাকুরীতে প্রবেশের তারিখ)	
POSTING OFFICE DISTRICT OF EMPLOYEE (অফিসের জেলাগত অবস্থান)	
EMPLOYEE OFFICE ADDRESS (অফিসের ঠিকানা)	
SERVICE CADRE OF EMPLOYEE (কর্মচারী সার্ভিস ক্যাডার)	
DESIGNATION (উপাধি)	
PAY BAND (বেতনক্রম)	
PAY SCALE (বেতন স্কেল)	
GRADE PAY (গ্রেড পে)	

EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

PAGE NO 2

BAND PAY (ব্যান্ড পে)	
FAMILY DETAILS (পরিবারের বিবরণ)	
TOTAL NO. OF MEMBERS (INCLUDING YOURSELF) (মোট সদস্য, নিজে সহ)	
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম) ****	-----
RELATION WITH THE EMPLOYEE **** (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	-----
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY **** (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	-----
CCA/HEAD OF OFFICE	
LOCATION TYPE OF CCA/HO (অবস্থান প্রকার CCA/HO)	
DEPARTMENT NAME OF CCA/HO (CCA/HO বিভাগের নাম)	
CADRE TYPE OF CCA/HO (ক্যাডার প্রকার)	
CADRE CONTROLLING AUTHORITY DESIGNATION (ক্যাডার নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ-এর উপাধি)	
DISTRICT WHERE DDO IS LOCATED (DDO অবস্থিত জেলা)	
DDO'S TREASURY (DDO এর ডেজারী)	
DDO'S DEPARTMENT (DDO এর দপ্তর)	
DRAWING & DISBURSING OFFICER (DDO CODE) (অঙ্কন ও ব্যয়ন অফিসার, DDO কোড)	
BENEFICIARY WISE DETAILS (সুবিধাভোগী অনুযায়ী সূচী) ****	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	1
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	2
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	3
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	

EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

PAGE NO 3

DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	4
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	5
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	6
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	7
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	8
NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	
SL. NO. (ক্রমিক সংখ্যা)	9

EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

PAGE NO 4

NAME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর নাম)	
DATE OF BIRTH OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর জন্ম তারিখ)	
RELATION WITH THE EMPLOYEE (কর্মচারীর সঙ্গে সম্পর্ক)	
MONTHLY INCOME OF THE BENEFICIARY (সুবিধাভোগীর মাসিক আয়)	