සමාජ සුබසාධන පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
දකුණු පළාත් සභාව

SP/SWP/FO/03

රෝගාධාර අයදුම්පත්‍රය
පිළිකා / ක්ෂය රෝග / ලාදුරු / තැලසීමියා / වකුගඩු

දිස්ත්‍රික්කය .....

ප්‍රා. ලේ. කොට්ඨාශය .....

ග්‍රාම නිලධාරී වසම .....

කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා
වර්ෂය -
අයදුම්පත් අංකය -

වර්ග කිරීම

☐ පිළිකා ☐ ක්ෂය රෝගය ☐ ලාදුරු ☐ තැලසීමියා ☐ වකුගඩු

1 ආධාරලාභියාගේ සම්පූර්ණ නම -
2 ලිපිනය -
3 i. උපන් දිනය - i. වයස
4 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/ වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය -
5 ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය - පුරුෂ ☐ ස්ත්‍රී ☐
6 සිවිල් තත්වය විවාහක ☐ අවිවාහක ☐ වැන්දඹු ☐ වෙනත් ☐
7 යැපෙන්නන් පිළිබඳ විස්තර

යැපෙන්නන්ගේ නම	ඉල්ලුම්කරුට ඇති නෑකම	ස්ත්‍රී/ පුරුෂ භාවය	උපන් දිනය	වයස අවුරුදු	පාසල් ශිෂ්‍යයෙක්ද / වෘත්තිය	විශේෂ කරුණු

CamScanner

8. ඉල්ලුම්කරුගේ සහ යැපෙන්නන්ගේ සියලු මාසික ආදායම් පිළිබඳ විස්තර

නම	ආදායම් මාර්ග කුමක් ද්වාද යන වග	මාසික ආදායම් ප්‍රමාණය

09. ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද ?

ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝහලේ නම	
පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ අංකය හා දිනය	
ප්‍රතිකාර ලැබුවේ බාහිර / අභ්‍යන්තර රෝගී ද යන වග	
ඇතුලත් වීමේ හා පිටවීමේ දින	
වාට්ටු අංකය	
දැනට ප්‍රතිකාර ලබන්නේද? නැද්ද? යන වග	

10. වෛද්‍ය වාර්තා :
(රජයේ රෝහලකින් නිකුත් කල වෛද්‍ය පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ මුල් පිටපත අමුණන්න)
පිළිකා රෝගීන් සඳහා අංක 1604 දරණ වෛද්‍ය වාර්තාව අමුණන්න)

11. ඉල්ලුම්කරු / ඉල්ලුම්කාරිය හෝ ඔහුගේ / ඇයගේ යැපෙන්නන් කිසිවෙකුට ප්‍රාදේශිය ලේකම්ගෙන් හෝ නගර සභාවකින් මහජන ආධාර තිබේද ? එසේ නම් විස්තර.

ලබන්නාගේ නම	මාසික මුදල	දෙනු ලබන ආයතනය	සහතිකයේ අංකය	ගෙවන කාර්යාලය

12. මාසික ආධාර මුදල ලබාගැනීමට නියෝජිතයෙකු නම් කරන්නේ නම් ඔහුගේ / ඇයගේ

i. සම්පූර්ණ නම

ii. ලිපිනය

iii. හැඳුනුම්පත් අංකය

iv. ඉල්ලුම්කරුට ඇති නෑකම

v. රෝගාධාර ලබා ගැනීමට ආසන්නතම තැපැල් කාර්යාලයේ නම

vi. නිවසට යන මාර්ගය

..... වන මා විසින් සපයන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු හිවැරදිවූත්, සත්‍ය සමග ඉදිරිපත් කර ඇත.

දිනය :.....

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන/ වම් මාපටැහිලි සලකුණ

ග්‍රාම නිලධාරීගේ වාර්තාව

මෙම පවුල් ඒකකය අඩු ආදායම්ලාභී පවුල් ඒකකයක් බවත්, පිළිකා/ ක්ෂයරෝග/ තැලැසීමියා/ ලාදුරු/ වකුගඩු රෝගාධාරයක් ලබාදීම සුදුසු බවත් වාර්තා කරමි / නොකරමි. (වාර්තා නොකරන්නේ නම් ඊට හේතු.)

.....
ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය :.....

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ නිර්දේශය

.....

.....

.....

.....
සමාජ සේවා නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය :.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

ග්‍රාම නිලධාරීගේ වාර්තාව හා සමාජසේවා නිලධාරීගේ නිර්දේශය අනුව ඉහත රෝගාධාර මුදල ගෙවීම අනුමත කරමි/ නොකරමි.

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය :.....

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා