

සෞඛ්‍ය, දේශීය වෛද්‍ය, සමාජ සුබසාධන, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා,
කාන්තා කටයුතු සහ සහාය කටයුතු අමාත්‍යාංශය (වයඹ පළාත)

සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ අතීත සහනාධාර මගින් ආවරණය නොවන හදිසි
අනතුරු, විශේෂ අසනීප හා වෙනත් ආධාර ඉල්ලීමේ අයදුම් පත්‍රය

ප්‍රා.ලේ. කොට්ඨාශය: ග්‍රාම නිලධාරී වසම:

සහනාධාර අයදුම්කර සිටින්නේ ඉහත දැක්වෙන කුමන කාරණාවක් සඳහාද යන වග:

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම:

02. අයදුම්කරුගේ වර්තමාන ලිපිනය:

ලියාපදිංචි කළ
දිනය:

03. උපන් දිනය:

04. අයදුම්කරු පිළිබඳ විස්තර:

විවාහක/අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්වූ/ස්ත්‍රී/පුරුෂ

05. අයදුම්කරුගේ රැකියාව:

රැකියා ස්ථානයේ ලිපිනය:

රෝගී වීමට පෙර රැකියාව:

(ඉහත කරුණු සනාථ කෙරෙන පරිදි සේවා යෝජකයාගේ ලිපියක් අමුණන්න)

06. දේපල හා ආදායම:

- සෑම අයුරකින්ම මාසිකව ලැබෙන මුළු ආදායම: රු:
- පදිංචි නිවස හා ඉඩම් තමන්ට අයිතිද? ඔව්/නැත
- තමාට අයිති නැතිනම් හිමිකරුගේ නම සහ ලිපිනය:

iv. කුළී නිවසක් නම් මාසික කුළිය: රු:

07. i. රජයෙන් දැනට ලැබෙන සහනාධාර: ආහාර මුද්දර/යම්‍දැඩි/මහජන ආධාර/ක්ෂය රෝග ආධාර/
(වටිනාකමද ඇතුළුව) ලාභාර/කැලහිමියා/විශේෂ වෛද්‍යාධාර

ii. පවුලේ වෙනත් සාමාජිකයෙකු අතීත සහනාධාර, හදිසි අනතුරු, විශේෂ අසනීප හා වෙනත් කිසියම්
සහනාධාරයක් ලබන්නේ නම් ඔහුගේ නම:

කාඩ්පත් අංකය:

ලබන මුදල: රු:

08. අයදුම්කරුගේ මව/පියා/භාරකරුගේ නම හා ලිපිනය:
(බාලවයස්කරුවෙක් නම්)

09. අයදුම්කරු සමග වෙසෙන පවුලේ සියළුදෙනා පිළිබඳ විස්තර:

නම	නැතම	වයස	රැකියාව	අධ්‍යාපනය	වෙනත් පුහුණුවීම් හා හැකියාවන්
01.					
02.					
03.					
04.					
05.					

10. ආසන්නතම තැපැල් කාර්යාලය:
තැපැල් සංකේත අංකය:

11. අසනීෂ් හෝ ආබාධිත නිසා ඔබට තැපැල් කාර්යාලයට හෝ ගෙවීම් කරන ස්ථානයට යා නොහැකි නම් ඒ වෙනුවෙන් පත් කරන නියෝජිතයාගේ නම සහ ලිපිනය:

12. අයදුම්කරුගේ ආදර්ශ අත්සන: නියෝජිතයාගේ ආදර්ශ අත්සන:

හැඳුනුම්පත් අංකය: හැඳුනුම්පත් අංකය:

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

13. ඉහත සඳහන් අය හු.ලේ.නි. වසමේ ශාඛ අංක යටතේ පදිංචි වී සිටී. ඉහත දක්වා ඇති විස්තර නිවැරදිය. ඒවායේ පහත සඳහන් විෂමතා ඇත.

නිර්දේශය:
දිනය:

.....
හුම නිලධාරී/වාර්තා කරන නිලධාරියා

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශය:

.....
සමාජ සේවා නිලධාරී

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය:

.....
ප්‍රා.ලේ/ස.ප්‍රා.ලේ

14. අමාත්‍යාංශ, උපදේශක කාරක සභාවේ අනුමැතිය පරිදි පත් කර ඇති විශේෂ කමිටුවේ නිර්දේශය:
(අදාළ නම් පමණි)

i. ii. iii.

15. අනුමත කරමි.

.....
සමාජ සේවා පළාත් අධ්‍යක්ෂ (වයඹ)

MEDICAL CERTIFICATE

Department Of Social Service – North Western Province

(Ministry of Social Welfare, Probation & Childcare, Woman's Affairs, Rural Industries
Development and Rural Development – N.W.P)

SPECIAL DISEASE / CHRONIC KIDNEY DISEASE FINANCIAL ASSISTANCE

Name of Applicant:

.....

Usual Address of Resident:

.....

.....

Age: Male/ Female:

Name of Clinic / Govt. Hospital:

.....

Diagnosis, Treatment, Medical Officer's Opinion and Recommendation (percentage of impairment of
earning capacity)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chronic Kidney Disease Assistance, Whether Haemodialysis Carried Out Or Not:

.....

.....

Date of Issue: Name, Rank, Designation and Signature of the Medical Officer