<u>**ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් සඳහා ආධාරක උපකරණ ලබාදීම - 2026**</u>

<u>හැඳින්වීම</u>

දිවයින පුරා විසිර සිටින ශ්‍රවණ සහ අක්ෂි ආබාධ සහිත ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන්ගේ කායික , මානසික සෞඛ්‍ය පිළිබඳව වැඩි අවධානයක් යොමු කරමින් ගෞරවනීය සහ ආත්මඅභිමානායෙන් යුතු සෞඛ්‍ය සම්පන්න වැඩිහිටි පිරිසක් අරමුණු කරගෙන මෙම වැඩසටහන ක්‍රියාත්මක කිරීමට සැලසුම් කර ඇත. ඒ අනුව ශ්‍රවණ උපකරණ සහ ඇස් කණ්නාඩි ආධාරක උපකරණ ලබා දීමට කටයුතු කරනු ලැබේ. මෙම වැඩසටහන " පොහොසත් රටක් - ලස්සන ජීවිතයක් " රජයේ ජාතික ප්‍රතිපත්ති රාමුවෙහි "ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් සඳහා සෞඛ්‍ය සම්පන්න සහ ප්‍රීතිමත් විශ්‍රාම ජීවිතයක්" යටතේ සහ ශ්‍රී ලාංකික ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් පිළිබඳ ජාතික ප්‍රතිපත්තියේ 6.2 වගන්තියේ සෞඛ්‍ය හා යහපැවැත්ම යටතේ සෞඛ්‍ය සම්පන්න වියපත් වීම යටතේ ක්‍රියාත්මක කෙරේ. මෙම වර්ෂයේදී දිවයින පුරා ශ්‍රවණ උපකරණ 700 සහ ඇස් කණ්නාඩි 850 ක ප්‍රමාණයක් ලබාදීමට සැලසුම් කර ඇත.

<u>අරමුණු -</u>

- වැඩිහිටියන් හට අභිමානයෙන් යුත් ජීවන තත්ත්වයක් ලබා දීම.
- ශ්‍රව්‍ය හා දෘශ්‍ය දුර්වලතා නිසා සමාජයෙන් වෙන් වී සිටින වැඩිහිටියාට පෙනීම ලබා දීම තුළින් සමාජයට අනුගත වී තෘප්තිමත් මනා පෞරුෂයකින් යුක්තව සැදෑ සමයක් ගත කිරීමට හැකියාව සැලසීම.
- රටේ ආර්ථිකයට දායකත්වයක් ලබාදිය හැකි පුරවැසියෙකු බිහි කිරීම.
- සමාජයෙන් හුදෙකලා වී සිටින වැඩිහිටියා සමාජගත කිරීම.

<u>ක්‍රියාත්මක කිරීමේ ක්‍රමවේදය</u>

- ශ්‍රී ලංකාවේ සියළුම ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාස පුරා විසිරී සිටින අක්ෂි ආබාධ සහිත සහ ශ්‍රවණ ආබාධ සහිත වයස අවුරුදු 60 ඉක්මවූ සහ අඩුආදායම්ලාභී වැඩිහිටියන් හා වැඩිහිටි නිවාසගත වැඩිහිටියන් සඳහා මෙම වැඩසටහන ක්‍රියාත්මක කෙරේ.

- 2026 වර්ෂයට අදාළ අයදුම්පත් මඟින් වැඩිහිටියාගේ තොරතුරු නිවැරදිව ලබා ගත යුතුය.

- ශ්‍රවණ උපකරණ ඉල්ලීම් කරනු ලබන සෑම අයදුම්කරුවකු විසින්ම ශ්‍රවණ උපකරණ පැලඳීමේ අවශ්‍යතා ඇති අයෙකු බවට අයදුම්පත්‍රයෙහි සඳහන් පරිදි වෛද්‍යවරයෙකු / ශ්‍රවණවේදියෙකු නිර්දේශය ලබා ගැනීම කළ යුතු අතර, ප්‍රතිලාභියාගේ කන සම්බන්ධව ලබා ගන්නා වාර්තාව (AUDIOMETRY) ඉල්ලුම් පත්‍රයට අමුණා එවිය යුතුය.

- ඇස් කණ්නාඩි, ඉල්ලුම් කරනු ලබන අයදුම්කරුවන් විසින් ඇස් කණ්නාඩි (BIFOCAL) පැලඳීමේ අවශ්‍යතා ඇති අයෙකු බවට අයදුම්පත්‍රයෙහි සඳහන් පරිදි වෛද්‍යවරයෙකු / අක්ෂි තාක්ෂණවේදියෙකු නිර්දේශය ලබා ගැනීම කළ යුතුය.

- අදාළ අයදුම්කරු සුදුස්සෙකු බවට අයදුම්පත්‍රයෙහි ග්‍රාම නිලධාරි හා වැඩිහිටි විෂය සම්බන්ධ ක්ෂේත්‍ර නිලධාරී විසින් සහතික කර ප්‍රාදේශීය ලේකම් විසින් නිර්දේශ කර තිබිය යුතුය.

- නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමේදී පුමුඛතාවය අනුව සකස් කළ ප්‍රතිලාභීන්ගේ ලේඛනයක්ද සමඟ ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය සහිතව අධ්‍යක්ෂගේ අනුමැතියට ඉදිරිපත් කළ යුතුය. (ඇමුණුම 01 මඟින් දක්වා ඇත.)

- අයදුම්පත් එවීමේදී 2026.06.30 දිනට පෙර එවීමට කටයුතු කළ යුතුය.

- ශ්‍රවණ උපකරණ / ඇස් කණ්නාඩි සකස් කිරීමෙන් පසුව අදාළ ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල වෙත ලබා දීමට කටයුතු කෙරේ.

- ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල /දිස්ත්‍රික් ලේකම් කාර්යාල වෙත යොමුකරන ලද ශ්‍රවණ උපකරණ /ඇස් කණ්නාඩි විධිමත්ව භාර ගැනීම හා අදාළ ප්‍රතිලාභියාට නිසි පරිදි නිකුත් කිරීම සඳහා විධායක / මාණ්ඩලික නිලධාරියෙකුගේ සභාපතිත්වයෙන් යුතු අවම වශයෙන් නිලධාරින් තිදෙනෙකුගෙන් සමන්විත කමිටුවක් පත් කර ගැනීමට කටයුතු කළ යුතුය. එම උපකරණ කාර්යාලය වෙත ලද පසුව අදාළ කමිටුව විසින් විධිමත්ව භාරගෙන අදාළ ප්‍රතිලාභියා වෙත නිසි පරිදි නිකුත් කළ යුතු අතර, ඒ පිළිබඳව ආධාර උපකරණ බෙදා හැරීමේ ලේඛණයේ කමිටු නිලධාරින් අත්සන් කර නම සහ තනතුර සඳහන් කළ යුතුය. එසේම ප්‍රතිලාභියා වෙත ලබා දුන් බවට වන අත්සන් සහිත ලේඛනයද ලබා ගත යුතය. (ඇමුණුම 02 මඟින් බෙදා හැරීමේ ලේඛනය සහ අත්සන් ලේඛනයේ ආකෘතිය දක්වා ඇත)

- එම ලබාගත් කමිටු වාර්තාව සහ අත්සන් ලේඛනය ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලයට එවිය යුතුය.

<u>අධීක්ෂණය හා පසුවිපරම</u>

- ශ්‍රවණ උපකරණ / ඇස් කණ්නාඩි ලබාදීමෙන් පසුව එම උපකරණ සම්බන්ධයෙන් සිදුවන අළුත්වැඩියා /ගැටළු හා අනෙකුත් අවශ්‍යතා සඳහා අදාළ ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලයේ විෂයභාර නිලධාරියා විසින් ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය හෝ උපකරණ ලබා දෙන ආයතනය සම්බන්ධීකරණය කළ යුතුය.

ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය
முதியோர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

වයස අවුරුදු 60 ට වැඩි ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් උදෙසා නොමිලේ ශ්‍රවණ උපකරණ ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය
(අඩු ආදායම්ලාභීන් සඳහා) 2026

60 வயதுக்கு மேற்பட்ட சிரேஷ்ட பிரஜைகளுக்கு இலவச செவிப்பறை உபகரணம் வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம்
குறைந்த வருமானம் பெறும் நபர்களுக்கானது) 2026

1. දිස්ත්‍රික්කය/மாவட்டம் :-...
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය/பிரதேச செயலாளர் பிரிவு :-..
3. ග්‍රාම නිලධාරි වසම / கிராம சேவகர் பிரிவு :- ....
4. සම්පූර්ණ නම/முழுப்பெயர் :-...

5. ලිපිනය/முகவரி :- ....
....

6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය பால் ஆண்/பெண் :- ....

7. උපන් දිනය/பிறந்த திகதி :-

වර්ෂය ஆண்டு					මාසය மாதம்			දිනය திகதி		

8. ඉල්ලුම්කරුගේ දුරකථන අංකය/பயனாளியின் தொலைபேசி இல:-

9. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/தேசிய அடையாள அட்டை இல:-

වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය/முதியோர் அடையாள அட்டை இல

10. ප්‍රධාන ආදායම් මාර්ගය (මාසිකව ලැබෙන ආදායම හා ආදායම් මාර්ගය සඳහන් කරන්න) வருமானம் பெறும் வழிமுறைகள் (மாதாந்தம் கிடைக்கப்பெறும் வருமானம் மற்றும் வருமான வழிகளைக் குறிப்பிடுக)

....

වැඩිහිටි ආධාර
முதியோர் நிதியுதவி ☐

මහජන ආධාර
பொதுசன நிதியுதவி ☐

අස්වැසුම ආධාර
அஸ்வசும் நிதியுதவி ☐

වෙනත්
ஏனையவை ☐

11. ශ්‍රවණාබාධ තත්වයට පත් වී කොපමණ කල් ද? අවු .... මාස .... දින ....
செவிப்புலன் பாதிப்பு நிலைமை ஏற்பட்டது எவ்வளவு காலம்? வருடம்........ மாதம்....... திகதி......

12 . පළාත් සභාවෙන් හෝ වෙනත් ආයතන මගින් ඉහත උපකරණ ලබාගෙන ඇත්ද ? ඔව් /නැත
(ඔව් නම් එම ආයතනයේ නම සහ ලබාගත් වර්ෂය සඳහන් කරන්න)
மாகாண சபையினாலோ அல்லது வேறு நிறுவனங்களினால் மேற்கூறப்பட்ட உபகரணம் வழங்கப்பட்டதா? ஆம்/இல்லை (ஆம் எனில் அந்த நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் வருடத்தினை குறிப்பிடவும்)
....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.

දිනය/திகதி :-.. ....

අයදුම්කරුගේ අත්සන /விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය / கிராம சேவகர் சான்றிதழ்

ඉහත සඳහන් ඉල්ලුම්කරු වන .... මා හොඳින් දන්නා .... ග්‍රාම නිලධාරි වසමේ පදිංචි අවුරුදු 60 සම්පූර්ණ අඩු ආදායම්ලාභියෙකු වන බව මෙයින් සහතික කරමි. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரியான ……………………………………………………………….என்பவரை நான் நன்றாக அறிந்துள்ளேன் என்றும், அவர்………………………………………..கிராம சேவகர் பிரிவில் வசிக்கும் 60 வயதிற்கு மேற்பட்டவரெனவும், குறைந்த வருமானம் உடையவர் எனவும் என்பதனை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

....

ග්‍රාම නිලධාරි / கிராம சேவகர்

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි(වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) /සමාජ සේවා නිලධාරි /සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා) නිර්දේශය :- முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/ பரிந்துரை

ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදිය. නිර්දේශය සඳහා ඉදිරිපත් කරමි.
முன்வைக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை எனவும், பரிந்துரைக்காக சமர்ப்பிக்கின்றேன்.

....

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි (වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) සමාජ සේවා නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා) / முதியோர் உரிமைகள மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/ சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/சமூக .

ප්‍රාදේශීය ලේකම්/பிரதேச செயலாளர்

ඉහත නම් සඳහන් අයට ශ්‍රවණ උපකරණ ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவருக்கு செவிப்பறை உபகரணம் வழங்குவதற்கு சிபார்சு செய்கிறேன்.

....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන හා නිලමුද්‍රාව
பிரதேச செயலாளர் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை

Doctor / Audiology recommendation for hearing aid

1. Name of patient: ………………………………………………………………………………
2. Age: ……………………………………………………………………………………………
3. Doctor/ Audiology Recommendation: -

   ……………………………………………………………………

4. Name of the Doctor / Audiology Signature with rubber stamp: -

   ………………………………………

ලිපිනය : 2 වන මහල, D කොටස, සෙත්සිරිපාය - දෙවන අදියර, බත්තරමුල්ල.
முகவரி : 2ஆம் மாடி,தொகுதி D,செத்சிறிபாய-கட்டம் II,பத்திரமுல்லை
Address : 2nd Floor,Block D, Sethsiripaya- II Stage, Baththaramulla.
ඊ-මේල්/ ஈ-மெயில்/ E-mail : nsemss@gmail.com
ෆැක්ස්/ பெக்ஸ் / Fax : 0112187015

දුරකථන / தொலைபேசி/ Telephone:
අධ්‍යක්ෂ / பணிப்பாளர் / Director : 0112187045
කාර්යාලය / அலுவலகம் / Office
සංවර්ධන අංශය : 011 2054164

ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය
முதியோர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

වයස අවුරුදු 60ට වැඩි ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් උදෙසා නොමිලේ ඇස් කණ්නාඩි ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය - 2026

(අඩු ආදායම්ලාභීන් සඳහා)

60 வயதுக்கு மேற்பட்ட சிரேஷ்ட பிரஜைகளுக்கு மூக்குக் கண்ணாடி வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம் - 2026

(குறைந்த வருமானம் பெறும் நபர்களுக்கானது)

1. දිස්ත්‍රික්කය/மாவட்டம் :-..
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය/பிரதேச செயலாளர் பிரிவு :-..
3. ග්‍රාම නිලධාරි වසම/ கிராம சேவகர் பிரிவு :- ....
4. සම්පූර්ණ නම/முழுப்பெயர் :-..
5. ලිපිනය/முகவரி :- ....

....

6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය பால் ஆண்/பெண் :- ....
7. උපන් දිනය/பிறந்த திகதி:

වර්ෂය/ஆண்டு					මාසය/ மாதம்			දිනය/திகதி		

8. ඉල්ලුම්කරුගේ දුරකථන අංකය/பயனாளியின் தொலைபேசி இல:-

9. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/தேசிய அடையாள அட்டை இல:-

වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය/முதியோர் அடையாள அட்டை இல

10. ආදායම් මාර්ගය (මාසිකව ලැබෙන ආදායම හා ආදායම් මාර්ගය සඳහන් කරන්න) வருமானம் பெறும் வழிமுறைகள்(மாதாந்தம் கிடைக்கப்பெறும் வருமானம் மற்றும் வருமான வழிமுறைகளைக் குறிப்பிடுக)

....

වැඩිහිටි ආධාර முதியோர் நிதியுதவி	☐	මහජනාධාර பொதுசன நிதியுதவி	☐
අස්වැසුම ආධාර அஸ்வசும் நிதியுதவி	☐	වෙනත් ஏனையவை	☐

11. පළාත් සභාවෙන් හෝ වෙනත් ආයතන මගින් ඉහත උපකරණ ලබාගෙන ඇත්ද ? ඔව් /නැත
(ඔව් නම් එම ආයතනයේ නම සහ ලබාගත් වර්ෂය සඳහන් කරන්න)
மாகாண சபையினாலோ அல்லது வேறு நிறுவனங்களினால் மேற்கூறப்பட்ட உபகரணம் வழங்கப்பட்டதா? ஆம்/இல்லை
(ஆம் எனில் அந்த நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் வருடத்தினை குறிப்பிடவும்.)
....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.

දිනය/திகதி :-.. ....

අයදුම්කරුගේ අත්සන /விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය/கிராம சேவகர் சான்றிதழ்

ඉහත සඳහන් ඉල්ලුම්කරු වන .... මා හොඳින් දන්නා ....ග්‍රාම නිලධාරි වසමේ පදිංචි අවුරුදු 60 සම්පූර්ණ අඩු ආදායම්ලාභියෙකු වන බව මෙයින් සහතික කරමි. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரியான ....என்பவரை நான் நன்றாக அறிந்துள்ளேன் என்றும், அவர்...கிராம சேவகர் பிரிவில் வசிக்கும் 60 வயதிற்கு மேற்பட்டவரெனவும், குறைந்த வருமானம் உடையவர் என்பதனை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

....

ග්‍රාම නිලධාරි / கிராம சேவகர்

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි / සංවර්ධන නිලධාරි (වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) /සමාජ සේවා නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා) නිර්දේශය:- முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு உத்தியோகத்தர்/ சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர் (முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/ உறுதிமொழி

ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදිය. නිර්දේශය සඳහා ඉදිරිපත් කරමි. முன்வைக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை. மேலே பெயர் குறிப்பிடப்படுள்ளவருக்கு கண்வில்லை / மூக்குக் கண்ணாடி வழங்குவதற்கு சிபார்சு செய்கின்றேன்.

....

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි
(වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) සමාජ සේවා නිලධාරි/
සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා)
முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/
அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/
சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/
அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(சமூக சேவை)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්/பிரதேச செயலாளர்

ඉහත නම් සඳහන් අයට ඇස් කණ්නාඩි ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவருக்கு மூக்குக் கண்ணாடி வழங்குவதற்கு சிபார்சு செய்கிறேன்.

....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
பிரதேச செயலாளர் கையொப்பம் மற்றும் கையொப்பம்

Report of the Doctor / Optometrist

01. Name of patient:-……………………………………………………………… …

02. Age :………………………………………………………………………… …

Power

01. ....

....

02. Name of the Doctor/ Optometrist Signature with rubber stamp:

....

ලිපිනය : 2 වන මහල, D කොටස, සෙත්සිරිපාය - දෙවන අදියර, බත්තරමුල්ල.
முகவரி : 2ஆம் மாடி,தொகுதி D,செத்சிறிபாய-கட்டம் II,பத்திரமுல்லை
Address : 2nd Floor,Block D, Sethsiripaya- II Stage, Baththaramulla.
ඊ-මේල්/ ஈ-மெயில்/ E-mail : nsemss@gmail.com
ෆැක්ස්/ பெக்ஸ் / Fax : 0112187015

දුරකථන / தொலைபேசி/ Telephone:
අධ්‍යක්ෂ / பணிப்பாளர் / Director : 0112187045
කාර්යාලය / அலுவலகம் / Office
සංවර්ධන අංශය : 0112054164

ඇමුණුම 01

ආධාරක උපකරණ ලබාදීම - 2026
(ශ්‍රවණ උපකරණ/ඇස් කණ්නාඩි)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :-

ශ්‍රවණ උපකරණ ☐ **ඇස් කණ්නාඩි** ☐ **(අදාළ උපකරණ වර්ගයට √ යොදන්න)**

ප්‍රමුඛතා අංකය	නම	ලිපිනය	ග්‍රාමීය/ නාගරික /වතු ආශ්‍රිත ප්‍රතිලාභියෙකුද යන වග	උපන් දිනය	ස්ත්‍රී/ පුරුෂ භාවය	හැඳුනුම්පත් අංකය	වෛද්‍ය වාර්තාව ඇත/නැත

ප්‍රාදේශීය ලේකම්
ඉහත ප්‍රතිලාභීන් වෙත ශ්‍රවණ උපකරණ/ඇස් කණ්නාඩි ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

අධ්‍යක්ෂ ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය
ඉහත සඳහන් නිර්දේශ සැලකිල්ලට ගනිමින් උක්ත අයදුම්කරුවන් සඳහා ශ්‍රවණ උපකරණ /ඇස් කණ්නාඩි ලබාදීම අනුමත කරමි/නොකරමි.

....
අධ්‍යක්ෂ ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය

- එක් එක් උපකරණ අවශ්‍යතාවයන් සඳහා වෙන් වෙන් වශයෙන් මෙම ලේඛනය ගොනු කළ යුතුය.

ඇමුණුම 02

ඇස් කණ්නාඩි / ශ්‍රවණ උපකරණ ලබාදීම 2026

අනු අංකය	නම	ලිපිනය	උපන් දිනය	හැඳුනුම්පත් අංකය	ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය	දුරකථන අංකය	ලබාගත් උපකරණයේ විස්තර (වර්ගය Brand/මාදිලිය Model/ ප්‍රමාණය Size)	නිවැරදිව භාරගත් බවට ආධාරලාභියාගේ අත්සන / ඇඟිලි සළකුණ හා දිනය
01								
02								
03								

ඉහත විස්තර සඳහන් කරන ලද ඇස් කණ්නාඩි/ශ්‍රවණ උපකරණ .... (ඉලක්කමෙන් හා අකුරෙන්) ක ප්‍රමාණයක් 2026. ..../............ දින නිවැරදිව භාරගත් බවත් ඉහත අංක 01 හි සිට .... දක්වා වූ ප්‍රතිලාභීන් .... දෙනා වෙත නිවැරදිව බෙදා දුන් බවත් සහතික කරමි.

අනු අංකය	නම හා තනතුර	තත්ත්වය	අත්සන	නිල මුද්‍රාව (ඇත්නම්)
01		සභාපති		
02		සාමාජික		
03		සාමාජික		

2026 වර්ෂයේ මිළදී ගනු ලබන ආධාරක උපකරණ වල වර්ගය, මාදිලිය හා ප්‍රමාණය සඳහන් කර ඇත.

....

දිස්ත්‍රික් ලේකම් / ප්‍රාදේශීය ලේකම්
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව