



ජනාධිපති කාර්යාලය
சனாதிபதி அலுவலகம்
PRESIDENTIAL SECRETARIAT



මගේ අංකය: PS/PFD/ADM/DS/01

ජනාධිපති අරමුදල

දිනය : 2026.05.08

සියලුම ප්‍රාදේශීය ලේකම්වරුන් වෙත,

ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර අපේක්ෂිත වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් වෙනුවෙන් පමණක් සම්පූර්ණ කළ යුතු වෛද්‍යාධාර අයදුම්පත සඳහා 07 කොටස හඳුන්වා දීම

ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර ලබන වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් සඳහා ඔවුන්ගේ දෙමාපියන්ගේ එකඟතාවය ලැබෙනම් ජනශක්ති සමූහ ව්‍යාපාරයෙන්ද ඒ සඳහා මූල්‍යමය ආධාරයක් ලබා දීමට එකඟ වී ඇත. ඒ අනුව, 2026.02.10 දින පැවති ජනාධිපති අරමුදලේ 66 වන පාලක මණ්ඩල රැස්වීමේදී ජනාධිපති අරමුදලින් සැත්කම්/ප්‍රතිකාර සඳහා වෛද්‍යාධාර හිමිවන වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් සඳහා ඔවුන්ගේ දෙමාපියන්ගේ එකඟතාව ලැබෙනම්, ජනශක්ති සමූහ ව්‍යාපාරයෙන් මූල්‍යමය ආධාරයක් ලබා දීමට එකඟ වී ඇත.

02. එබැවින්, 2026.05.15 දින සිට ක්‍රියාත්මක වන පරිදි සැත්කම්/ප්‍රතිකාර සඳහා ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කරනු ලබන වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් වෙනුවෙන් ජනාධිපති අරමුදලින් ලැබෙන වෛද්‍යාධාර මුදලට අමතරව තවදුරටත් මූල්‍යමය ආධාරයක් ජනශක්ති ගවුන්ඩේෂන් (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් වෙතින් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන අයදුම්පත් සඳහා පමණක් දෙමාපියන්ගේ/භාරකරුගේ එකඟතාවය ලබා ගැනීම සඳහා වෛද්‍යාධාර අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු 07 කොටස ඇමුණුම 01 ලෙස මේ සමඟ ඔබ වෙත එවන බව කාරුණිකව දන්වමි.

03. එම මූල්‍යමය ආධාර මුදල ලබා දීමේදී සලකා බලනු ලබන කරුණු පහත පරිදි වන බව වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

- අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දිනට වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් වීම
- අයදුම්පත්‍රයේ 07 කොටස දෙමාපියන්ගේ එකඟතාවය මත සම්පූර්ණ කර තිබීම
- දෙමාපියන් නොමැති විටකදී ප්‍රාදේශීය ලේකම් නිර්දේශ කරනු ලබන භාරකරුවකු විසින් එකඟතාවය මත සම්පූර්ණ කර තිබීම
- මව/පියා/භාරකරු ග්‍රාම නිලධාරී ඉදිරිපිටදී අත්සන් තබා එකඟතාවය ප්‍රකාශ කරන බවට සහතික කළ යුතු වීම
- අයදුම්පත සඳහා ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර අනුමත වී තිබීම

04. මේ සම්බන්ධයෙන් ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කරනු ලබන වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන්ගේ භාරකරුවන් දැනුවත් කරන ලෙස කාරුණිකව දන්වන අතර, මේ සම්බන්ධයෙන් ඔබ දක්වන සහය අගය කොට සලකමි.

පී. පී. එස්. සී. රෝෂන්

ජනාධිපති ජ්‍යෙෂ්ඨ අතිරේක ලේකම් (පරිපාලන හා රාජ්‍යතාන්ත්‍රික සබඳතා)

ලේකම්, ජනාධිපති අරමුදල

පිටපත් :

- | | |
|--|-----------------------------|
| 01. ජනාධිපති ලේකම් | - කරු. දැ. ගැ. ස. |
| 02. ලේකම්, රාජ්‍ය පරිපාලන, පළාත් සභා සහ පළාත් පාලන අමාත්‍යාංශය | - කරු. දැ. ගැ. ස. සහ අ.ක.ස. |
| 03. විගණකාධිපති | - කරු. දැ. ගැ. ස. සහ අ.ක.ස. |
| 04. සියලුම දිස්ත්‍රික් ලේකම්වරුන් | - කරු. දැ. ගැ. ස. සහ අ.ක.ස. |

ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර හිමිවන වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් වෙනුවෙන්, ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් වෙතින් තවදුරටත් මූල්‍යමය ආධාරයක් ලබා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් සලකා බැලීම සඳහා තොරතුරු ලබා දීමට එකඟතාව ප්‍රකාශ කිරීම

01. දරුවාගේ නම:
02. දරුවාගේ වයස:
03. සැත්කම/ප්‍රතිකාරය:
04. සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සඳහා වැය වූ/අපේක්ෂිත මුදල: රු.
05. සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සඳහා වෙනත් ආයතන වෙතින් ලැබූ/අපේක්ෂිත මුදල:

	ආයතනයේ නම	ලැබූ/අපේක්ෂිත මුදල රු.
01		
02		

	ආයතනයේ නම	ලැබූ/අපේක්ෂිත මුදල රු.
03		
04		

06. මව/පියා/භාරකරුගේ නම: ඇතිත්වය :.....
(අයදුම්කරු මව/පියා නොමැති අවස්ථාවක භාරකරු විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතු අතර, ඇතිත්වය තහවුරු කළ යුතුය.)
07. ස්ථිර ලිපිනය:
08. ජංගම දුරකථන අංකය :
09. ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් වෙතින් මූල්‍යමය ආධාරය යොමු කළ යුතු මව/පියා/භාරකරුගේ බැංකු ගිණුම් විස්තර:
 ගිණුම් හිමියාගේ නම -
 බැංකුව -
 ගිණුම් අංකය -

දරුවාගේ සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සඳහා ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් වෙතින් මූල්‍යමය ආධාරයක් ලබා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් සලකා බැලීම සඳහා දරුවාගේ හා මව/පියා/භාරකරුගේ ඉහත සඳහන් තොරතුරු ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් වෙත ලබා දීමට එකඟතාවය ප්‍රකාශ කරමි.

එමෙන්ම, එම මූල්‍යමය ආධාර ලබා දීම ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් විසින් සිදු කරන බැවින්, දරුවාගේ සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සඳහා ලබා දෙන මුදල තීරණය කිරීම හෝ ලබා දීම සම්බන්ධයෙන් ජනශක්ති ආයතනයේ (ගරන්ට්) ලිමිටඩ් ගනු ලබන ඕනෑම තීරණයකට එකඟ වන බවද ප්‍රකාශ කරමි.

.....
 පියාගේ අත්සන මවගේ අත්සන භාරකරුගේ අත්සන දිනය
 (අයදුම්කරු මව/පියා නොමැති අවස්ථාවකදී)

.....
 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

මා ඉදිරිපිටදී අත්සන් කළ බව සහතික කරමි.

.....
 ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව දිනය

எனது இலக்கம்: PS/PFD/ADM/DS/01

சனாதிபதி நிதியம்

திகதி : 2026.05.08

அனைத்து பிரதேச செயலாளர்களுக்கும்,

சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து மருத்துவ உதவி கோரும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளுக்காக மட்டும் பூர்த்தி செய்ய வேண்டிய மருத்துவ உதவி விண்ணப்பப்படிவத்திற்கான பகுதி 07 இனை அறிமுகப்படுத்துதல்

சனாதிபதி நிதியத்தின் மூலம் மருத்துவ உதவி பெறும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளுக்கு அவர்களின் பெற்றோரின் இணக்கம் கிடைக்கும் பட்சத்தில், ஜனசக்தி குழுமத்தினாலும் அதற்காக நிதியுதவி வழங்குவதற்கு இணக்கம் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. அதன்படி, 2026.02.10 ஆம் திகதி நடைபெற்ற சனாதிபதி நிதியத்தின் 66 ஆவது நிர்வாகிகள் சபைக் கூட்டத்தின்போது, சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து அறுவை சிகிச்சைகளுக்காக / சிகிச்சைகளுக்காக மருத்துவ உதவி உரித்தாகும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளுக்கு அவர்களின் பெற்றோரின் இணக்கம் கிடைக்கும் பட்சத்தில், ஜனசக்தி குழுமத்தினால் நிதியுதவி வழங்குவதற்கு இணக்கம் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

02. எனவே, 2026.05.15 ஆம் திகதி முதல் நடைமுறைக்கு வரும் வகையில் அறுவை சிகிச்சைக்காக/சிகிச்சைக்காகக் சனாதிபதி நிதியத்திற்கு மருத்துவ உதவியின் பொருட்டு விண்ணப்பிக்கும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளுக்கு சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து கிடைக்கும் மருத்துவ உதவித் தொகைக்கு மேலதிகமாக மேலும் ஒரு நிதி உதவியை ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கொண்டி) லிமிடெட்டிலிருந்து பெற்றுக்கொள்வதற்கு எதிர்பார்க்கும் விண்ணப்பங்களுக்கு மட்டும், பெற்றோர்/பாதுகாவலர்களின் இணக்கப்பாட்டை பெறுவதற்காக மருத்துவ உதவி விண்ணப்பத்துடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய பகுதி 07 ஆனது இணைப்பு 01 ஆக இத்துடன் தங்களுக்கு அனுப்பப்படுகிறது என்பதைத் தயவுடன் அறியத்தருகின்றேன்.

03. அந்த நிதியுதவி தொகையை வழங்கும் போது பின்வரும் விடயங்கள் கருத்தில் கொள்ளப்படும் என்பதை மேலும் தயவுடன் அறியத்தருகின்றேன்.

- i. விண்ணப்பம் சமர்ப்பிக்கப்படும் திகதிக்கு 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளாக இருத்தல்.
- ii. விண்ணப்பப்படிவத்தின் பகுதி 07 இனை பெற்றோரின் இணக்கப்பாட்டின் அடிப்படையில் பூர்த்தி செய்திருத்தல்.
- iii. பெற்றோர் இல்லாத பட்சத்தில், பிரதேச செயலாளரால் பரிந்துரைக்கப்படும் பாதுகாவலரினால் இணக்கப்பாட்டின் அடிப்படையில் பூர்த்தி செய்யப்பட்டிருத்தல்.
- iv. தாய்/தந்தை/பாதுகாவலர் கிராம அலுவலரின் முன்னிலையில் கையொப்பமிட்டு இணக்கம் தெரிவிப்பதாக உறுதிப்படுத்துதல்.
- v. விண்ணப்பத்திற்கு சனாதிபதி நிதியத்தினால் மருத்துவ உதவி அங்கீகரிக்கப்பட்டிருத்தல்.

04. இது தொடர்பாக சனாதிபதி நிதியத்திடம் மருத்துவ உதவிக்கு விண்ணப்பிக்கும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளின் பாதுகாவலர்களுக்கு விழிப்புணர்வூட்டுமாறு தயவுடன் அறியத்தருவதுடன், இது தொடர்பாக தங்களால் வழங்கப்படும் ஒத்துழைப்பை மனதார பாராட்டுகின்றேன்.

ஒப்பம்/ஜி.ஜி.எஸ்.சி. ரோஷன்

சனாதிபதியின் சிரேஷ்ட மேலதிக செயலாளர் (நிர்வாக மற்றும் இராஜதந்திர உறவுகள்)
செயலாளர், சனாதிபதி நிதியம்

பிரதிகள்:

- | | |
|--|--|
| 01. சனாதிபதியின் செயலாளர் | - தயவுடன் தகவலுக்காக |
| 02. செயலாளர், பொது நிருவாக, மாகாண சபைகள் மற்றும் உள்ளூராட்சி அமைச்சு | - தய.தகவலுக்காக மற்றும் அவ.நடவடிக்கைகளுக்காக |
| 03. கணக்காய்வாளர் தலைமையதிபதி | - தய.தகவலுக்காக மற்றும் அவ.நடவடிக்கைகளுக்காக |
| 04. அனைத்து மாவட்ட செயலாளர்களுக்கும் | - தய.தகவலுக்காக மற்றும் அவ.நடவடிக்கைகளுக்காக |

பகுதி 07
18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளின் மருத்துவ உதவி விண்ணப்பங்களுக்காக மாத்திரம்
பயன்படுத்துதல்

சனாதிபதி நிதியத்தின் மூலம் மருத்துவ உதவி உரித்தாகும் 18 வயதுக்கு கீழ்ப்பட்ட பிள்ளைகளுக்காக ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட்டிடமிருந்து மேலும் ஒரு நிதியுதவியை பெறுதல் தொடர்பாக பரிசீலித்தல் பொருட்டு தகவல்களை வழங்குவதற்கு இணக்கம் தெரிவித்தல்.

- 01.பிள்ளையின் பெயர் :
02. பிள்ளையின் வயது:
- 03.அறுவை சிகிச்சை/சிகிச்சை:
04. அறுவை சிகிச்சை/சிகிச்சைக்காகச் செலவிடப்பட்ட/எதிர்பார்க்கப்படும் தொகை: ரூ.
05. அறுவை சிகிச்சை/சிகிச்சைக்காக ஏனைய நிறுவனங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட/எதிர்பார்க்கப்படும் தொகை:

	நிறுவனத்தின் பெயர்	பெறப்பட்ட/ எதிர்பார்க்கப்படும் தொகை ரூ.
01		
02		

	நிறுவனத்தின் பெயர்	பெறப்பட்ட/ எதிர்பார்க்கப்படும் தொகை ரூ.
03		
04		

- 06.தாய்/தந்தை/பாதுகாவலரின் பெயர்:..... உறவுமுறை:.....

(விண்ணப்பதாரரின் தாய்/தந்தை இல்லாத பட்சத்தில் பாதுகாவலரால் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும் என்பதுடன், உறவுமுறை உறுதிப்படுத்தப்பட வேண்டும்.)

07. நிரந்தர முகவரி:

08. கையடக்க தொலைபேசி இலக்கம்:

09. ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட்டினால் நிதி உதவி அனுப்பப்பட வேண்டிய தாய்/ தந்தை/ பாதுகாவலரின் வங்கிக் கணக்கு விபரங்கள்:

கணக்கு வைத்திருப்பவரின் பெயர் -

வங்கி -

கணக்கு இலக்கம் -

பிள்ளையின் அறுவை சிகிச்சை/சிகிச்சைக்காக ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட்டிடமிருந்து நிதியுதவி ஒன்றை பெறுதல் தொடர்பாக பரிசீலித்தல் பொருட்டு பிள்ளை மற்றும் தாய்/தந்தை/பாதுகாவலர் தொடர்பான மேற்குறித்த தகவல்களை ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட்டிற்கு வழங்குவதற்கு இணக்கம் தெரிவிக்கின்றேன்.

அத்துடன், அந்த நிதியுதவியானது ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட்டினால் வழங்கப்படுவதால், பிள்ளையின் அறுவை சிகிச்சை/சிகிச்சைக்காக வழங்கப்படும் தொகையை தீர்மானித்தல் அல்லது வழங்குதல் தொடர்பாக ஜனசக்தி பவுண்டேஷன் (கெரண்டி) லிமிடெட் மேற்கொள்ளும் எந்தவொரு தீர்மானத்திற்கும் உடன்படுவேன் என்பதையும் தெரிவிக்கின்றேன்.

..... தந்தையின் கையொப்பம் தாயின் கையொப்பம் பாதுகாவலரின் கையொப்பம் திகதி
(விண்ணப்பதாரரின் தாய்/தந்தை இல்லாத பட்சத்தில்)

..... தே. அ. அ. இல தே. அ. அ. இல தே. அ. அ. இல

என் முன்னிலையில் கையொப்பமிடப்பட்டது என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

..... கிராம அலுவலரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை திகதி