

04/05

වයඹ පළාත් සභාව - සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
සේවා අයදුම්පත්‍රය (වෛද්‍යාධාර)

පළාත් සභාව සහ දිස්ත්‍රික්කය :-

විෂය අංකය :-

ප්‍රා.ලේ.කොට්ඨාශය :-

ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය :-

පිළිකා

තැලපීමේයා

01.අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :-

02.අයදුම්කරුගේ ලිපිනය :-

03.හඳුනුම්පත් අංකය :-

04.වයස අවුරුදු :- මාස :- දින :-

05.ස්ත්‍රී / පුරුෂ බව :- විවාහක / අවිවාහක / වැන්දඹු / වෙන් වූ / බන්ධනාගාරගත

06.අයදුම්කරුගේ රැකියාව :-

07.මාසිකව සෑම අයුරකින්ම ලැබෙන ආදායම :-

08. 1.පදිංචි නිවස පිහිටි ඉඩම තමන්ට අයිතිද? ඔව්/නැත

2.නොඑසේ නම් අයිතිකරුගේ නම සහ ලිපිනය :-

3.කුලී නිවසක් නම් මාසික කුලිය :-

09.මාධ්‍ය :- සිංහල / දෙමළ / ඉංග්‍රීසි

10.දැනට එදිනෙදා කටයුතුවලට මුදල් ලැබෙන ඉමිය :-

11.පවුලේ විස්තර

නම	නැතම	වයස	රැකියාව	අධ්‍යාපනය	වෘත්තීය පුහුණුවීම් හා හැකියාවන්
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					

12.පවුලේ අයෙකු මහජනාධාර/ක්ෂය/ලාදුරු රෝගාධාර ලබා ගනීද? ඔව් / නැත

13.ඔව් නම් ලබන මුදල කාඩ්පත් අංකය තැපැල් කාර්යාලය

14.මුදල් ලබා ගැනීමට කැමති තැපැල් කාර්යාලය :-

15.ගෙවීම් කරන ස්ථානයට යා නොහැකි තත්වයක සිට නම් කරනු ලබන නියෝජිතයාගේ ලිපිනය :-
.....
.....

16.අයදුම්කරුගේ ආදර්ශ අත්සන :- නියෝජිතයාගේ ආදර්ශ අත්සන:-

17.වෙනත් විස්තර :-

18.ඉහත සඳහන් අය ග්‍රා.සේ.නි වසමේ ගෘහ අංක යටතේ පදිංචි වී සිටී.

ඉහත දක්වා ඇති විස්තර නිවැරදිය.

දිනය :-

.....
ග්‍රාම නිලධාරි / වාර්තා කරන නිලධාරි

(වෙනත් විශේෂ තොරතුරු ඇත්නම් සටහන් කරන්න.)

පිළිකා තැලසිමියා ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න.

රෝගය පිළිකා

තැලසිමියා

ප්‍රතිකාර ලබන රෝහල:- බාහිර / නේවාසික

වෛද්‍ය සහතික අංකය :- දිනය :- වලංගු කාලය :-

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම් කාඩ්පත් අංකය :- මුදල :-

රෝගී වීමට පෙර රැකියාව කල ස්ථානයේ ලිපිනය හා රැකියාව :-

18.ඉහත සඳහන් අය ග්‍රා.සේ.නි වසමේ ගෘහ අංක යටතේ පදිංචි වී සිටී.

පවුලේ වෙනත් අයෙකු පිළිකා තැලසිමියා විශේෂ වෛද්‍යාධාර ලබන්නේ නම් කාඩ්පත් අංකය :-

ස.සේ.නි නිරීක්ෂණය හා නිර්දේශය :- 20...../...../..... දින ස්ථානයට ගොස් පෞද්ගලිකව පරීක්ෂා කළෙමි.
(රෝගියාගේ තත්වය අනුව රු. ආධාර මුදලක් ලබා දීමට නිර්දේශ කරමි. / නොකරමි. (පිළිකා රෝගියෙක් නම් 1989.08.16 දිනැති 1604 වෛද්‍ය වාර්තාව හා බාහිරව ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නා බව (Outdoor) සඳහන්ව ඇත්ද පරීක්ෂා කරන්න.) ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න.)

රෝගය පිළිකා

.....
ස.සේ.නිලධාරි / වැඩසටහන් සහකාර (ස.සේ)

ප්‍රතිකාර ලබන රෝහල:- ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය, සික

වෛද්‍ය සහතික අංකය :- දිනය :- ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාලය :-
අනුමත කරමි / නොකරමි

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම් කාඩ්පත් අංකය :- මුදල :-

සමාජ සේවා පළාත් අධ්‍යක්ෂ ස්ථානයේ ලිපිනය හා රැකියාව :-

18.ඉහත සඳහන් අය ග්‍රා.සේ.නි වසමේ ගෘහ අංක යටතේ පදිංචි වී සිටී.

පවුලේ වෙනත් අයෙකු පිළිකා තැලසිමියා විශේෂ වෛද්‍යාධාර ලබන්නේ නම් කාඩ්පත් අංකය :-

ස.සේ.නි නිරීක්ෂණය හා නිර්දේශය :- 20...../...../..... දින ස්ථානයට ගොස් පෞද්ගලිකව පරීක්ෂා කළෙමි.
(රෝගියාගේ තත්වය අනුව රු. ආධාර මුදලක් ලබා දීමට නිර්දේශ කරමි. / නොකරමි. (පිළිකා රෝගියෙක් නම් 1989.08.16 දිනැති 1604 වෛද්‍ය වාර්තාව හා බාහිරව ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නා බව (Outdoor) සඳහන්ව ඇත්ද පරීක්ෂා කරන්න.) ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න.)