

වයං පලාත් සභාප - සමාජ තේවා දෙපාර්තමේන්තුව

සේවා අයදුම්පත්‍රය (වෛද්‍යාධාර)

පලාත් සභාව සහ දිස්ත්‍රික්කය :- .....

විෂය අංකය :- .....

පා.ලේ.කොට්ඨායය :- .....

ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨායය :- .....

පිළිකා

තැලැසීමියා

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :- .....

02. අයදුම්කරුගේ ලිපිනය :- .....

03. හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

04. වයස අඩුරුදු :- .....

මාස : - දින : - .....

05. ස්ත්‍රී / පුරුෂ බව :- .....

විවාහක / අවිවාහක / වැන්දු / වෙන්වූ / බන්ධනාගාරගත

06. අයදුම්කරුගේ රැකියාව :- .....

07. මාසිකව සැම අපුරකින්ම ලැබෙන ආදායම :- .....

08. 1. පදිංචි නිවස පිහිටි ඉඩම තමන්ව අයිතිද? ඔවුන්/නැත

2. නොවේ නම් අයිතිකරුගේ නම සහ ලිපිනය :- .....

3. කුලී නිවසක් නම් මාසික කුලීය :- .....

09. මාධ්‍ය : - සිංහල / දෙමළ / ඉංග්‍රීසි

10. දැනට එදිනෙදා කටයුතුවලට මුදල ලැබෙන නුමය :- .....

11. පවුලේ විස්තර නම් දෙන තැකම

නම්වෙන දෙන තැකම	තැකම	වයස	රැකියාව	අධ්‍යාපනය	වත්තීය ප්‍රජාත්‍යාවන් හා භුකියාවන්
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					

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

13. ඔවුන් නම් ලබන මුදල ..... කාධ්‍යත්ව අංශය ..... තැපැල් කාර්යාලය .....

14. මුදල් ලබා ගැනීමට කුමති තැපැල් කාර්යාලය :-

15. ගෙවීම කරන ස්ථානයට යා නොහැකි තත්ත්වයක සිට නම් කරනු ලබන නියෝජිතයාගේ ලිපිනය :-

16. අයදුම්කරුගේ ආදරු අත්සන :- ..... නියෝජිතයාගේ ආදරු අත්සන:- .....

17. වෙනත් විස්තර :-

18. ඉහත සඳහන් අය ..... ග්‍රා.සේ.නි වසමේ ගෙහ අංක ..... යටතේ පදිංචි වි සිට්.

ඉහත දක්වා ඇති විස්තර නිවැරදිය.

දිනය :- .....

ග්‍රාම නිලධාරී / වාර්තා කරන නිලධාරී

(වෙනත් විශේෂ තොරතුරු ඇත්තම් සටහන් කරන්න.)

පිළිකා තැලැසීමියා ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න.

රෝගය

පිළිකා

තැලැසීමියා



බාහිර / න්‍යාසික

ප්‍ර්‍රතිකාර ලබන රෝගල:-

වෛද්‍ය සහනික අංකය :-

දිනය :-

වලංගු කාලය :-

මිට පෙර ආධාර ලබා ඇත්තම් කාධිපත් අංකය :-

මුදල :-

රෝගී විමට පෙර රැකියාව කළ ස්ථානයේ ලිපිනය හා රැකියාව :-

මිදු තුනකා ආදරු අංකය :-

ප්‍රවුල්ලාවනින් අයෙකු පිළිකා තැලැසීමියා විශේෂ වෛද්‍යාධාර ලබන්නේ නම් කාධිපත් අංකය :-

ස.සේ.නි නිරික්ෂණය හා නිරදේශය :- 20...../...../..... දින ස්ථානයට ගොස් පෙළද්‍රලික්වී ප්‍රික්ස් කළේම්. (රෝගීයාගේ තත්ත්වය අනුව රුහුණු ප්‍රතික්ෂා නිරික්ෂණය නිරාවත් නොකරමි. / නොකරමි. ( පිළිකා රෝගීයෙක් නම 1989.08.16 දිනැති 1604 වෛද්‍ය වාර්තාව හා බාහිරව ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නා බව (Outdoor) සඳහන්ව ඇත්ද පරින්ශ්‍රාකිරන්න.) යාර සඳහා යම්කාන් දුට්ටිනා.

රෝගය

පිළිකා

ස.සේ.නිලධාරී / වැඩසටහන් සහකාර (ස.සේ)

ප්‍රතිකාර ලබන රෝගල:-

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිරදේශය, මින

වෛද්‍ය සහනික අංකය :-

අනුමත කරමි / නොකරමි

මිට පෙර ආධාර ලබා ඇත්තම් කාධිපත් අංකය :-

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාලය :-

සමුළු සේවා පළාත් අධ්‍යක්ෂ ස්ථානයේ දිනින් නො නොවනු ලබයි -

මිදු තුනකා ආදරු අංකය :-

ප්‍රවුල්ලාවනින් අයෙකු පිළිකා තැලැසීමියා විශේෂ වෛද්‍යාධාර ලෙස නො නොවනු ලබයි -

ස.සේ.නි නිරික්ෂණය හා නිරදේශය :- 20...../...../..... දින ප්‍රික්ස් ප්‍රික්ස් ප්‍රික්ස් ප්‍රික්ස් කළේම්. (රෝගීයාගේ තත්ත්වය අනුව රුහුණු ප්‍රතික්ෂා නිරාවත් නොකරමි. / නොකරමි. ( පිළිකා