

20.....මස.....දින සිට 20.....මස.....දින දක්වා

1	2	3			4	5		6
සතිය	දිනය	දිනය			නිවාඩු ලබා / සේවා ව්‍යුක්ත නිලධාරියාගේ නම	අමතර රාජකාරී මූල්‍ය		
		සිට	දක්වා	පැය		සිට	දක්වා	පැය ගණන
1	1							
2	2							
3	3							
4	4							
5	5							

රාජකාරී කළ මූල්‍ය පැය ගණන එකතුව

සැලකිය යුතුයි.

(අ) සේවය කළ සත්‍ය රාජකාරීය පැය අවෙන් වැඩිවන්නේ නම් පමණක් එම දින දිනයෙන් පසු පැයෙන් භාගයක් (X) සලකුණක් යොදා ගෙවීම කළ යුතුයි.

(ආ) එම දිනවල සේවය කළ කාල සීමාව අවසන් කිරීමේදී දත්ත ලේඛන පරීක්ෂා කර සහතික (අ.ස. (i) සියලු වචන ද අමතර සේවා) සහ සහතික (අ.ස. (ii) සියලු ගෙවීම) අදාළ පරිදි සටහන් කළ යුතුයි.

අමතර සේවා සඳහා ගෙවීම ඉල්ලීම

01. හෙද නිලධාරියාගේ / නිලධාරණීයගේ නම :-

01. ഗ്രേഡ് :-

03. ආයතනයේ නම :- ලංකා ජාතික රෝහල, කොළඹ

04. සාමාන්‍යයෙන් වැඩ කරන ස්ථානය (වාචුව/සායනය ආදිය) :-

05. 20 දිනෙන් පටන් ගෙන 20 මස දිනෙන් අවසන් වන සත් (4/5) කාලය සඳහා මුදල ඉල්ලීම

06. මාසික මුලික වැටුප :-

07. അധികാരിയുടെ പ്രമാണയും :-

08. වැඩ කළ මුළු පැය ගණන (අනික් පිටුවේ විස්තර බලන්න.) -

Total Hours :

09. ඉල්ලම් වලට අදාළ කාල පරිවිෂේෂය තුළ ලබා ගන්නා ලද නිවාසු පිළිබඳ කෙටි නිවාසු ඇතුළත්ව විස්තර

(x) අනවශ්‍ය ඉලක්කම් කපා හරින්න (x) සති ගණන සඳහන් කරන්න.

ඉහත දක්වා ඇති අමතර සේවා රාජකාරී පැය ගණන සහ ඉල්ලනු ලබන මුදල සහ නිවාසු විස්තර නිවැරදි බවටත් මම සහතික කරමි. එම ගෙවීම කරනු ලැබේමෙන් පසු කිසියම් වරදක් හෝ අකුම්කතාවයක් සොයා ගනු ලැබුවහොත් එම ප්‍රමාණය අධිභාර කිරීමට භා මට විරුද්ධව විනයාත්තුකුලට කියා කිරීමට හැකි බව මම දනිමි.

ଦିନ୍ୟ
-------	-------

ଓଲ୍‌ଲ୍ୟୁମିକର୍‌ଗେ ଅନ୍ସନ

ඉහත ද්‍රක්වා ඇති පැය ගණන 20..... දින පටත් ගත් සතියේ සිට 20..... ද්‍රක්වා වැඩ කරන ලද පැය ගණන බවත් මෙහි සඳහන් කාලය තුළ අතිකාල සේවයේ යෙදුන බවත්, මෙම අමතර සේවය සඳහා අදාළ අනුමැතිය ලැබේ ඇති බවත් සහතික කරමි.

මෙහි පසුපිට සඳහන් වේලාවන් පැමිණීමේ ලේඛනය
අනුව පරික්ෂා කළ බවත්, එය නිවැරදි බවත්,
සහතික කරන අතර, ගෙවීම
නිරදේශ කර ඉදිරිපත් කරමි

.....
වෛත්‍ය භාර හේ. සේව/අංශ භාර හේ. සේව. අත්සන
(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

ନବର୍ତ୍ତ୍ସ ଲପନ କଷା ଭରିନ୍ତା)

අනුමත කරමි

ප්‍රධාන වි.ගේ. ඩෙස් නිලධාරී / වි.ගේ. ඩෙස් නිලධාරී

(අධ්‍යක්ෂ වෙනුවට) නිල මූදාව