



සමාජ සුභසාධන පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා දෙපාර්තමේන්තුව දකුණු පළාත් සභාව

රෝගාධාර ලබන්නන් නැවත සෝදිසි කිරීම - අයදුම් පත්‍රය පිළිකා / ක්ෂය රෝග / ලාදරු / තැලසිමියා / වකුගඩු

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

01. දිස්ත්‍රික්කය : _____ 02. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය : _____

03. ග්‍රාම නිලධාරී වසම : _____ 04. ගෙවීම් අංකය : _____

05. ගෙවන කාර්යාලය : _____

ලබාගන්නා ආධාර වර්ගය :

ක්ෂය රෝගය ☐ ලාදරු ☐ තැලසිමියා ☐ පිළිකා ☐ වකුගඩු ☐

1. ආධාර ලබන්නාගේ සම්පූර්ණ නම:			
2. ලිපිනය:			
3. හැඳුනුම්පත් අංකය:			
4. I. ඔහු හෝ ඇය ලබන මාසික දීමනාව: II. දීමනාව ගෙවීම ආරම්භ කළ දිනය:			
5. උපන් දිනය, සෞඛ්‍යය තත්වය / ප්‍රතිකාර සඳහා යොමුවන්නේද යන වග	නම	උපන් දිනය	කිවයුතු විශේෂ තොරතුරු
6. යැපෙන්නන් පිළිබඳ තොරතුරු	I.		
I. තමන්ගෙන් යැපෙන දරුවන් (අවු. 16 ට අඩු) (අබාධිත පුද්ගලයෙකු නම් වයස අවු. 16 වැඩි වුවද යැපෙන්නෙකු සේ සැලකේ)	II.		
II. ස්වාමි පුරුෂයා හෝ භාර්යාව පිළිබඳ තොරතුරු (විශේෂ බෙලහිනතාවයන් තිබේ නම් සඳහන් කරන්න)	III.		
III. වෙනත් වැඩිහිටි යැපෙන්නන්	IV.		

6. මාසිකව ලැබෙන වෙනත් දීමනා / ආධාර	
7. දැනට වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබන බවට අදාළ, වෛද්‍ය වාර්තා ඉදිරිපත් කර ඇත්ද? (සායනික සහතිකවල පිටපත් අමුණන්න)	
8. වෙනත් කිවයුතු කරුණු	

ඉහතින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවත්, ආධාර ලබන අය මගේ කොට්ඨාශය තුළ පදිංචිව සිටින බවත් මෙයින් සහතික කරමි. ඉදිරිපත් කර ඇති වාර්තා අනුව ඉදිරි වර්ෂය සඳහා රෝගාධාර ලබා දීමට සුදුසු බවත් සහතික කරමි. අයදුම්කරුගේ පදිංචියේ වෙනසක් සිදුවුවහොත් හෝ මිය ගියහොත් වහාම ඒ බව ප්‍රා. ලේකම් කාර්යාලය දැනුවත් කරන බවත් තවදුරටත් දන්වමි.

ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය : _____

අංකය : _____

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ නිර්දේශය

දිනය : _____

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

ඉදිරි වර්ෂය සඳහා රෝගාධාර ගෙවීම අනුමත කරමි / නොකරමි.

දිනය : _____

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව