ප්‍රධාන අමාත්‍ය අරමුදලින් ආධාර ලබා ගැනීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය

(රෝගාධාර)

සියළුම ආධාර ඉල්ලුම්පත් අදාල ලියකියවිලි සමග මාස 06 ක් ඇතුලත වයඹ ප්‍රධාන අමාත්‍යාංශය වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතුය. අඩු පාඩු සහිත අයදුම්පත් භාර ගැනීමට කටයුතු නොකෙරේ.

I කොටස

01. රෝගියා පිළිබඳ විස්තර :-

i රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම :- .....

.....

ii ලිපිනය :- .....

iii රැකියාව :- .....

iv දුරකථන අංකය :- .....

v උපන් දිනය :- .....

vi ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

vii පදිංචි ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :- .....

02. ඉල්ලුම්කරුගේ විස්තර :-

i ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :- .....

.....

ii රෝගියාට ඇති සම්බන්ධතාවය (ඥාති හෝ වෙනත්) :- .....

iii ලිපිනය :- .....

iv රැකියාව :- .....

v දුරකථන අංකය :- .....

vi ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

vii පදිංචි ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :- .....

03. ආධාර මුදලක් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා වන රෝගී ස්වභාවය පිළිබඳ විස්තරය :-

.....

04. මීට පෙර වයඹ පළාත් ප්‍රධාන අමාත්‍ය අරමුදලින් ආධාර ලබා ගෙන තිබේද ?

.....

***අදාල කොටුව තුල " √ " ලකුණ යටහන් කරන්න**

05. රෝගී ආධාරයක් ඉල්ලුම් කිරීමේ ස්වභාවය :-

- වයඹ පළාතේ ස්ථීර පදිංචිකරුවන් සඳහා ආධාර ලබාදීම ☐

06. රෝගී ආධාර ඉල්ලුම් කරන කාරණය :-

- පෞද්ගලික රෝහල් වල සිදුකරන සැත්කම් සඳහා ☐
- රජයේ රෝහල් වල සිදුකරන සැත්කම් වලට අදාල ඖෂධ හා එන්නත් සඳහා ☐
- රජයේ රෝහල් වල සිදුකරන සැත්කම් වලට අදාල වෛද්‍ය උපකරණ මිලදී ගැනීම සඳහා ☐

දිනය :- .....

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

07.ග්‍රාම නිලධාරී නිර්දේශය :-

ඉහත නම සඳහන් ..... යන අය මාගේ ග්‍රාම නිලධාරී වසමෙහි ස්ථීර පදිංචි අඩු ආදායම් ලාභියෙකු බව (මාසික ආදායම රු. 35,000.00 හෝ ඊට අඩු) /අඩු ආදායම්ලාභියෙකු නොවන බව, රාජ්‍ය සේවකයෙකු හෝ විශ්‍රාමිකයෙකු බව තහවුරු කරමි.

ඔහු/ඇය.....යන රෝගය සඳහා ශල්‍යකර්මයක් කර ඇති තැනැත්තෙකු වන බවත් මොහු මීන් පෙර ප්‍රධාන අමාත්‍ය අරමුදලින් ආධාර ලබාගෙන නොමැති බවත් අයදුම්පතෙහි සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් සහතික කරමි.

.....
ග්‍රාම නිලධාරී
(අත්සන හා නිලමුද්‍රාව)
දිනය:-

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්
(අත්සන හා නිලමුද්‍රාව)
දිනය:-

II කොටස

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

08.වෛද්‍ය නිර්දේශය :-

- රෝගී තත්වය :- .....
  .....
- ශල්‍ය කර්මය සිදුකරන ලද රෝහල :-
  රජයේ :- .....
  පෞද්ගලික :- .....
- ඖෂධ හෝ එන්නත් මිලදී ගැනීමට නම් :-
  ඖෂධයේ නම :- .....
  ඖෂධයේ මිල :- .....
- වෛද්‍ය උපකරණ මිලදී ගැනීමට නම් :-
  උපකරණයේ නම :- .....
  උපකරණයේ මිල :- .....
- පෞද්ගලික රෝහලකින් සිදු කරන සැත්කම් සඳහා ගෙවීම් කිරීමටනම්, ඒ සඳහා නිර්දේශය :-
  .....
  .....
  .....

ඉහත නම සඳහන් රෝගියා සඳහා ප්‍රධාන අමාත්‍ය අරමුදලින් වෛද්‍යාධාර ලබා දීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

දිනය:- .....

.....
දිස්ත්‍රික් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
(අත්සන හා නිල මුද්‍රාව)