

සමාජ කුහකාධින, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා දෙපාර්තමේන්තුව (දකුණු පළාත් කභාව)

රෝගාධාර යෝජනා ක්‍රමය

කෘෂි රෝග / පිළිකා / තැලසිමියා / ලාදරු රෝග පිළිබඳ මූලික වාර්තාව

දිස්ත්‍රික්කය _____

ප්‍රා.ලේ. කොට්ඨාශය _____

වර්ග කිරීම _____

ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය _____

නේවාසික රෝගියා / බාහිර රෝගියා _____

1. සම්පූර්ණ නම : _____

අනිකුත් නම : _____

2. ලිපිනය : _____

3. I ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය ★ පුරුෂ ★ ස්ත්‍රී

II වයස

4. විවාහක/අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින : _____

5. යැපෙන්නන් පිළිබඳ විස්තර : _____

(අ) යැපෙන්නාගේ නම	නැකම	ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය	වයස	ඉල්ලුම්කරු ස්වාමි පුරුෂයා/ භාර්යාව සමග වෙසේද යන වග	වෙනත් කරුණු

(ආ) ඉල්ලුම්කරු ඉහත දැක්වෙන අයවලුන්ගේ පවුලේ ප්‍රධානියා ද? _____

6. ඉල්ලුම්කරුගේ සහ යැපෙන්නන්ගේ සියලු ආදායම් පිළිබඳ විස්තර

නම	ආදායම් මාර්ග කුමන පිළිවෙලේ ඒවාද යන වග	මාසික ආදායම් ප්‍රමාණය	විශේෂ කරුණු

7. (අ) ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද? බාහිර රෝගියා / නේවාසික රෝගියා _____

පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ අංකය හා දිනය _____

(ආ) ඇතුළත්වීමේ / පිටවයාමේ දිනය _____ වාර්ථ අංකය _____

දැනට ප්‍රතිකාර ලබන්නේද, නොලබන්නේ ද යන වග හා ඊට හේතු _____

8. ඉල්ලුම්කරු, ඉල්ලුම්කාරිය හෝ ඔහුගේ/ඇයගේ යැපෙන්නන් කිසිවෙකු කලින් රෝගාධාර ඉල්ලා තිබේ ද? එසේ නම් ඉල්ලුම් කළ අයගේ නම සහ ඉල්ලුම් කළ දිනය සඳහන් කරන්න.

9. ඉල්ලුම්කරු, ඉල්ලුම්කාරිය හෝ ඔහුගේ / ඇයගේ යැපෙන්නන් කිසිවෙකුට ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගෙන් හෝ නාගරික සභාවකින් මහජන ආධාර තිබේ ද? එසේ නම් විස්තර පහත සඳහන් කරන්න.

ලබන්නාගේ නම	මාසික මුදල	දෙනු ලබන්නේ කා විසින් ද?	සහතිකයේ අංකය	ගෙවන කාර්යාලය

10. (අ) නිර්දේශ කළ ගෙවීම් ලබන්නාගේ සම්පූර්ණ නම _____

(ආ) සම්පූර්ණ ලිපිනය _____

(ඇ) නිවසට යන ගමන් මාර්ගය _____

(ඈ) ඉල්ලුම්කරුට ඇති නෑකම _____

(ඉ) ගෙවන කාර්යාලය/තැපැල් කන්තෝරුව (ඒ හා බී ශ්‍රේණිය) _____

_____ වන මා විසින් සපයන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු
නිවැරදි වූත් සත්‍ය වූත් තොරතුරු බවට සහතික කරමි.

දිනය _____

_____ ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන / වම් මාපටැඟිලි සලකුණ

II. ග්‍රා.නි. නිර්දේශය

දිනය _____

_____ ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

12. ස.සේ.නි. ගේ නිර්දේශය

ඉල්ලුම්කරු / ස්වාමියා / භාර්යාව හෝ භාරකරු පෞද්ගලිකව හමුවූ බව සහතික කරන අතර යට
දැක්වුණු කරුණු අනුව මෙම ඉල්ලුම්කරුට අදාළ චක්‍රලේඛනයට ප්‍රකාර රු. _____
_____ මුදලක් ගෙවීම නිර්දේශ කරමි.

දිනය _____

_____ ස.සේ.නි. ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

රෝගියා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු වල සත්‍යාසත්‍ය තත්ත්වය ගැනද යැපෙන්නන්, රෝගියා ලබන
ආදායම හා නිර්දේශ කරන ලද මුදල් ප්‍රමාණය යන කරුණු ගැන ද ඔබගේ අදහස් හා වෙනත් කිව යුතු
අදාළ කරුණු ඇතොත් ඒවා ද, ඉහතින් ඇති හිස් තීරයේ සඳහන් කරන්න.

★ අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න.

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

දිනය _____

_____ ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

(කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා)