



රෝගාධාර අයදුම්පත්‍රය

(පිළිකා / කෘය රෝග / ලාදරු / තැලෑසිමියා / වතුගඩු)

දිස්ත්‍රික්කය :-

ප්‍රා.ලේ. කොට්ඨාශය :-

ග්‍රාම නිලධාරී වසම :-

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

වර්ෂය -

අයදුම්පත් අංකය -

වර්ග කිරීම

☐ කෂය රෝගය ☐ ලාදුරු ☐ තැලසිමියා ☐ පිළිකා ☐ වකුගඩු

01. සම්පූර්ණ නම :

02. ලිපිනය :

03. i. උපන් දිනය :

ii. වයස :

04. හැඳුනුම්පත් අංකය / වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය :

05. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය

පුරුෂ ☐

ස්ත්‍රී

06. සිවිල් තත්වය

විවෘතක ☐

අවිවාහක

වැන්දඹු

වෙනත්

07. යැපෙන්නන් පිළිබඳ විස්තර

[illegible]

08. ඉල්ලුම්කරුගේ සහ යැපෙන්නන්ගේ සියලු මාසික ආදායම් පිළිබඳ විස්තර

නම	ආදායම් මාර්ග කුමන ඒවාද යන වග	මාසික ආදායම් ප්‍රමාණය

09. ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද?

ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝහලේ නම	
පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ අංකය හා දිනය	
ප්‍රතිකාර ලැබුවේ බාහිර / අභ්‍යන්තර රෝගී ද යන වග	
ඇතුලත් වීමේ හා පිටවීමේ දිනය	
වාට්ටු අංකය	
දැනට ප්‍රතිකාර ලබන්නේද? නැද්ද යන වග	

10. වෛද්‍ය වාර්තා - (රජයේ රෝහලකින් නිකුත් කළ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ මුල් පිටපත අමුණන්න) පිළිකා රෝගීන් සඳහා අංක 1604 දරණ වෛද්‍ය වාර්තාව අමුණන්න)

11. ඉල්ලුම්කරු/ ඉල්ලුම්කාරිය හෝ ඔහුගේ ඇයගේ යැපෙන්නන් කිසිවෙකුට ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගෙන් හෝ නගර සභාවකින් මහජන ආධාර තිබේද? එසේ නම් විස්තර

ලබන්නාගේ නම	මාසික මුදල	දෙනු ලබන ආයතන	සහතිකයේ අංකය	ගෙවන කාර්යාලය

12. මාසික ආධාර මුදල ලබාගැනීමට නියෝජිතයෙකු නම් කරන්නේ නම් ඔහුගේ / ඇයගේ

i. සම්පූර්ණ නම

ii. ලිපිනය

iii. හැඳුනුම්පත් අංකය

iv. ඉල්ලුම්කරුට ඇති නැකම

v. රෝගාධාර ලබා ගැනීමට කැමති ආසන්නතම තැපැල් කාර්යාලයේ නම

vi. නිවසට යන මාර්ගය

..... වන මා විසින් සපයන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි වූත්, සත්‍ය වූත්, තොරතුරු වන අතර, රෝගාධාර මුදලක් මා වෙත ලබාදෙන මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලමි.

දිනය :

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන/වම් මාපටැගිලි සලකුණ

ග්‍රාම නිලධාරීගේ නිර්දේශය

මෙම පවුල් ඒකකය අඩු ආදායම්ලාභී පවුල් ඒකකයක් බවත්, පිළිකා/ ක්‍ෂයරෝග/ තැලසීමියා/ ලාදුරු/ වකුගඩු රෝගාධාරයක් ලබාදීම සුදුසු බවත් වාර්තා කරමි/ නොකරමි. වාර්තා නොකරන්නේ නම් ඊට හේතු.

දිනය :

.....
ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

සමාජ සේවා නිලධාරීගේ නිර්දේශය

.....
.....
.....

දිනය :

.....
සමාජ සේවා නිලධාරීගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

ග්‍රාම නිලධාරීගේ හා සමාජ සේවා නිලධාරීගේ නිර්දේශය අනුව ඉහත රෝගාධාර මුදල ගෙවීම අනුමත කරමි/ නොකරමි.

දිනය :

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව