

බස්නාහිර පළාත් සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
මேல் மாகாண சமூக சேவைகள் அமைச்சு
Department of Social Services (Western Province)

රෝගාධාර ඉල්ලීම පිළිබඳ වාර්තාව
நோய் உதவி விண்ணப்பம் தொடர்பான அறிக்கை
Report of Application for Disease Assistance

(ක්ෂය/ ලාදුරු/පිළිකා/තැලිසීමියා රෝග වලට ගොදුරු වූ අඩු ආදායම්ලාභී රෝගීන් සඳහා පමණි.)
 (குறைந்த வருமானம் பெறும் கசம்/ தொழுநோய்/ புற்றுநோய்/ தலிசிமியா நோயாளர்களுக்கு மட்டும்)
 (Only for the low income patients with T.B/Leprosy/ Cancer/Thalisimia)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :.....
 பிரதேச செயலாளர் பிரிவு
 D.S.Division

1. ඉල්ලීම Request விண்ணப்பம்

- 1.1 ඉල්ලනු ලබන රෝගාධාරය ක්ෂය ☐ ලාදුරු ☐ පිළිකා ☐ තැලිසීමියා ☐
 விண்ணப்பம் கோரும் நோய் கசம் ☐ தொழுநோய் ☐ புற்றுநோய் ☐ தலிசிமியா ☐
 Assistance request T.B Leprosy Cancer Thalissimia
 (අදාළ වෛද්‍ය වාර්තාව ඇමිණිය යුතුය.)
 (உரிய வைத்திய அறிக்கை இணைக்கப்பட வேண்டும்)

- 1.2 ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :.....
 விண்ணப்பதாரரின் முழுப் பெயர்
 Name of Applicant (In Full)

- 1.3 ලිපිනය :
 முகவரி
 Postal Address

- 1.4 ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:
 பால் (ஆண் / பெண்)
 Gender

- 1.5 උපන් දිනය:
 பிறந்த திகதி
 Date of Birth

- 1.6 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:.....
 தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்
 NIC Number

- 1.7 විවාහක/ අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින බව:
 திருமணமானவர்/ திருமணமாகாதவர்/ விதவை/ பிரிந்திருப்பவர்
 Married/Single/Widowed/Separated

- 1.8 ඉල්ලුම්කරු හා එකට වෙසෙන පවුලේ සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර :
 விண்ணப்பதாரருடன் வசிக்கும் குடும்ப அங்கத்தவர் தொடர்பான விபரங்கள்
 Particulars of family members who are residing with the Applicant

- 1.9 ඉල්ලුම්කරු මහජනාධාර හෝ සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද, එසේනම් විස්තර සඳහන් කරන්න
 விண்ணப்பதாரர் பொது உதவி அல்லது சமுர்த்தி உதவி பெறுபவரா, அவ்வாறாயின்
 விபரங்களைக் குறிப்பிடவும்
 Is Applicant in receipt of Public Assistance or Samurdi. If so give particulars below

නම பெயர் Name	නැකම உறவு முறை Relationship	ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය பால் (ஆண்/ பெண்) Sex	වයස வயது Age	රැකියාව/ඉගෙනුම ලබන ශ්‍රේණිය தொழில்/ கல்வி கற்கும் தரம் Occupation/Grade in school

1.10 மாதாந்த வருமானம் :
 மாதாந்த வருமானம்
 Monthly Income

1.11 ஒட்டுமொத்த உதவிப் பெறும் அல்லது சமுதாய உதவிப் பெறும்பவரா, அவ்வாறாயின் விவரங்களைக் குறிப்பிடுவது
 Is applicant in receipt of Public Assistance or Samurdhi, if so give particulars below.

	காடிபன் அட்டை இலக்கம் (Card Number)	இலட்சம் (Amount) தொகை ரூ. (Rs.) ரூபா.
உதவிப் பெறும் (Public Assistance)		
அஸ்வெசுமா (Aswesuma)		

1.12 உதவிப் பெறும் இடம் அல்லது மருத்துவமனை அல்லது கிளினிக் பெயர் மற்றும் முகவரி
 தற்போது சிகிச்சை பெறும் மருத்துவமனை அல்லது சிகிச்சை நிலையத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி
 Name and address of Hospital or Clinic where treatment is being taken:

1.13 உதவிப் பெறும் முறை
 சிகிச்சை பெறும் முறை
 How treatment is taken

வெளிநோயாளர் ☐
 Out Patient

உள்நோயாளர் ☐
 In Patient

1.14 அருகில் உள்ள தபால் நிலையம்
 அருகில் உள்ள தபால் நிலையம்
 The post office nearby :

மேலே விவரிக்கப்பட்ட தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.
 என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள மேலே குறிப்பிடப்பட்ட தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.

I hereby declare that the above information supplied by me is true and correct

.....
 ஒட்டுமொத்த உதவிப் பெறும் அல்லது சமுதாய உதவிப் பெறும்பவரின் கையொப்பம்/ இடது பெருவிரல் அடையாளம்
 Signature or Thumb in pressing of Applicant

2. கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை Recommendation of Grama Niladari

ஒட்டுமொத்த உதவிப் பெறும் அல்லது சமுதாய உதவிப் பெறும்பவரின் பிள்ளைகளின் பிள்ளைகளின்
 ஒட்டுமொத்த உதவிப் பெறும் அல்லது சமுதாய உதவிப் பெறும்பவரின் பிள்ளைகளின் பிள்ளைகளின்
 ஒட்டுமொத்த உதவிப் பெறும் அல்லது சமுதாய உதவிப் பெறும்பவரின் பிள்ளைகளின் பிள்ளைகளின்

விண்ணப்பதாரர் மாவட்டத்தில் பிரதேச செயலகப் பிரிவில் ஆம் இலக்கம் கிராம உத்தியோகத்தரின் பிரிவில் வசிக்கும் குறைந்த வருமானம் பெறுபவர் எனவும், வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டிய வரை சரியானவை எனவும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

I Certify that the Applicant is a low income earner. He/ She is residing in Grama Niladari Division of Number in D.S. Division of in District of The given information above are correct to my knowledge.

திகதி :
 திகதி
 Date

.....
 கிராம உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை
 Signature and Rubber stamp of Grama Niladari

3. සමාජ සේවා නිලධාරී නිර්දේශය:
சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை
Recommendation of S. S. O

.....
.....

දිනය :.....
திகதி
Date

.....
සමාජ සේවා නිලධාරී අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்
மற்றும் பதவி முத்திரை
Signature and Rubber stamp of S.S.O

4. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය :
பிரதேச செயலாளரின் அனுமதி
Approval of Divisional Secretary :

.....
.....

දිනය :.....
திகதி
Date

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
பிரதேச செயலாளரின் கையொப்பம் மற்றும்
பதவி முத்திரை
Signature and Rubber stamp of D.S

5. බස්නාහිර පළාත් සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අනුමැතිය :
மேல் மாகாண சமூக சேவைகள் பணிப்பாளரின் அனுமதி
Recommendation of Director Social Services

.....
.....

දිනය :.....
திகதி
Date

.....
සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
சமூக சேவைகள் பணிப்பாளரின் கையொப்பம் மற்றும்
பதவி முத்திரை
Signature and Rubber Stamp of Director Social Services