

බස්නාහිර පළාත් සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
மேல் மாகாண சமூக சேவைகள் திணைக்களம்
Department of Social Service - Western Province

සමාජ සේවා ආධාර (විශේෂිත අවස්ථා/අබල අවස්ථා)
சமூகசேவை உதவி (விசேட சந்தர்ப்பம்/பலவீன சந்தர்ப்பம்)
Social Service Assistance (Special/Disabled cases)

ලේඛන පිළිබඳ වාර්තාව
கேரல் தொடர்பான அறிக்கை
Report on a Request

බ:ප:ස:සේ:වි:අ. (1)
 மே:மா.ச.சே.வி. (1)

උපලේඛන අංකය
 அட்டவணை இலக்கம்

1. දිස්ත්‍රික්කය / மாவட்டம் / District :-
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :-
 பிரதேசச் செயலாளர் பிரிவு
 Divisional Secretary's Division
3. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසය :-
 கிராம சேவையாளர் பிரிவு
 Grama Niladhari Division
4. ඉල්ලුම් කරනු ලබන ආධාරය :-
 விண்ணப்பிக்கவிருக்கும் உதவி
 Assistance applied for
5. ඉල්ලුම්කරුගේ නම :-
 விண்ணப்பதாரியின் பெயர்
 Name of the applicant
6. භාරකරුවෙකු (මව/පියා/වෙනත් ඥාතියෙකු) සිටි නම් එම අයගේ නම:-
 பாதுகாவலர் (தாய்/தந்தை/ஏனைய உறவினர்) இருந்தால் அவர் பற்றிய பெயர்
 Name of the Guardian if any (Mother/Father or any other relative)
7. ඉල්ලුම්කරුට හෝ භාරකරුට ලියුම ලැබෙන ලිපිනය :- දුරකථන අංකය
 விண்ணப்பதாரிக்கு அல்லது பாதுகாவலருக்கு கடிதம் கிடைக்கும் முகவரி
 Correspondence address of the applicant or the Guardian
 தொலைபேசி இல.
 Telephone No.

8. උපකරණ/පෝෂණාධාර/වෛද්‍යාධාර ඉල්ලීමක් සඳහා පමණක් පහත කොටස සම්පූර්ණ කරන්න.
 உபகரணம் /போசாக்கு உதவி /வைத்திய உதவி கோரல் தொடர்பாக மட்டும் கீழ்வரும் பகுதியை பூரணப்படுத்தவும்.
 Complete the following section only for equipment/ Nutrition /Medical Assistance.

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 8.1 ඉල්ලුම්කරුගේ ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:-
விண்ணப்பதாரி ஆணை/பெண்ணை:-
Gender of the applicant | 8.2 උපන්දිනය:
பிறந்த திகதி
Date of Birth | 8.3 වයස:-
வயது
Age |
| 8.4 විවාහක / අවිවාහක බව:
திருமணமானவரா/திருமணவாகத்வரா:-
Marital Status | 8.5 ළමයින් සිටි නම් ගණන:
பிள்ளைகள் இருந்தால் தொகை
No of Children if any | |
| 8.6 අබල භාවය හෝ රෝගී තත්වය :-
பல்வිனைதன்மை அல்லது நோய்த்தත්வமை
Disability or Illness | 8.7 හැඳුනුම්පත් අංකය:-
அடையாள அட்டை இலக்கம்
National Identity Card No | |

(අදාළ වෛද්‍ය වාර්තා හෝ වෛද්‍ය සහතික අමුණාන)
 (தொடர்புடைய வைத்திய அறிக்கை அல்லது வைத்திய அத்தாட்சிப் பத்திரத்தை இணைக்கவும்.)
 (Attach relevant medical records or medical certificates)

09. ඉල්ලුම්කරු හෝ පවුලේ වෙනත් කිසිවෙකු මහජනාධාර / සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද?
 விண்ணப்பதாரி அல்லது குடும்பத்தில் வேறு எவராவது மக்கள் உதவி, சமுர்த்தி உதவி பெறுகிறார்களா?
 Does the applicant or any other in the family receive Public Assistance/ Samurdhi Subsidy?
 ඔව්/නැත
 ஆம்/இல்லை
 Yes/No
10. ලබන්නේ නම් ප්‍රතිලාභියා ලබන මුදල හා කාඩ්පත් අංකය
 பெறுபவராயின் உதவி பெறுபவர் பெறுகின்ற பணத்தொகை மற்றும் அட்டை இலக்கம்
 If yes the amount recived and the Card No
11. පවුලේ සමස්ත මාසික ආදායම
 குடும்பத்தில் மொத்த மாதாந்த வருமானம்
 Total monthly income of the family

ඉහත මේසින් සඳහන් කළ කරුණු මාගේ දැනීමේ හැටියට නිවැරදි බව සහතික කරමි.
 மேல் என்னால் குறிப்பிட்ட விடயம் எனது அறிவுக்கு ஏற்ப சரியானதென அத்தாட்சிப்படுத்துகின்றேன்.
 I hereby certify that the above information provided by me are true and correct to the best of my knowledge.

දිනය/திகதி / Date :-

.....
 ඉල්ලුම්කරු / මව/පියා/භාරකරු
 விண்ணப்பதாரி/தாய்/தந்தை/பாதுகாவலர்
 Applicant/ Parent/ Guardian

බාලවයස්කාර ළමයින්, නොතේරුකම් ඇත්තවුන් වෙනුවෙන් මව පියා හෝ භාරකරු අත්සන් කළ යුතුය.
 வயது குறைந்த பிள்ளைகள் ஒன்றிமறியாதவர்கள் இருந்தால் அவருக்குப் பதிலாக தாய்/தந்தை அல்லது பாதுகாவலர் கையொப்பமிடல் வேண்டும்.
 Parent or the guardian should sign for the minors and those with cognitive disabilities

12. **ග්ராம නිලධාරීගේ නිර්දේශය :-**
 கிராம சேவையாளரின் சிபாரிசு
 Recommendation of the Grama Niladhari

ඉහත නම් සඳහන් අයදුම්කරු ග්‍රාම නිලධාරී වසමේ ස්ථිර පදිංචිකරුවෙකු බවද ඔහුගේ/ඇයගේ
 පවුලේ මාසික ආදායම බවද සහතික කරමි. ඔහුට/ඇයට

(නිර්දේශ කරනු ලබන ආධාරය) ලබා දීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

මேல் பெயர் குறிப்பிட்ட விண்ணப்பதாரி எனது கிராம சேவகர் பிரிவில் நிரந்தர குடியிருப்பாளர் என்றும் அவர் /அவள் மாதத்திற்கு ரூபா
 வருமானம் உள்ளவர் என்றும் அத்தாட்சிப்படுத்துகின்றேன். அவருக்கு
 (சிபாரிசு செய்யப்பட்ட உதவி) பெற்றுக்கொடுத்தல்
 சரியென சிபாரிசு செய்கின்றேன்.)

I certify that the above applicant is a permanent resident of the Grama Niladhari Division And the monthly
 income of his/her family is It is recommended that he/she is eligible for the
 (recommended assistance).

දිනය / திகதி / Date :

.....
 ග්‍රාම නිලධාරී (නිල මුද්‍රාව තබන්න)
 கிராம சேவகர் (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)
 Grama Niladhari (Place the official Seal)

13. **පරික්ෂා කිරීමෙන් අනතුරුව පළාත් සමාජ සේවා නිලධාරී තැනගේ නිර්දේශය:-**
 பரிசோதித்ததன் பின்பு சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் சிபாரிசு
 Recommendation of the Provincial Social Service Officer after inspection

13.1 ක්ෂේත්‍ර පරීක්ෂණය සිදුකළ දිනය
 களப் பரிசோதனை செய்த திகதி
 Date of field inspection

13.2 වාර්තාව හා නිර්දේශය / அறிக்கை மற்றும் சிபாரிசு / Report and Recommendation :-.....

13.3 ආධාරයේ ප්‍රමාණය (මාසික හෝ එකවර දීමනාවක් ද එසේනම් මුදල කීයද, ද්‍රව්‍යයක් නම් එහි ප්‍රමාණය)
 உதவியின் அளவு (மாதாந்தம் அல்லது ஒரேடியாக கொடுப்பனவாயின் தொகை எவ்வளவு, பொருட்களானால் அதன் அளவு)
 Amount of the assistance (Whether a monthly or a one time allowance, if so the amount and if a material the quantity)

දිනය / திகதி / Date :

.....
 සමාජ සේවා නිලධාරී (නිල මුද්‍රාව තබන්න)
 சமூக சேவை உத்தியோகத்தர் (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)
 Social Service Officer (Place the official Seal)

14. **ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය:-**
 பிரதேசச் செயலாளரின் சிபாரிசு
 Recommendation of the Divisional Secretary

නිර්දේශ කරමි/නිර්දේශ නොකරමි
 பரிந்துரை செய்தல்/ பரிந்துரைக்கப்படவில்லை
 Recommended/Not recommended

දිනය / திகதி / Date :

.....
 ප්‍රාදේශීය ලේකම් (නිල මුද්‍රාව තබන්න)
 பிரதேசச் செயலாளர் பிரிவு (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)
 Divisional Secretary (Place the official Seal)

15. අනුමත කරමි/අනුමත නොකරමි
 கொடுப்பனவை அனுமதிக்கின்றேன்/அனுமதிக்கவில்லை
 Recommended/Not recommended

දිනය / திகதி / Date :

.....
 සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂ - බස්නාහිර පළාත (නිල මුද්‍රාව තබන්න)
 மேல்மாகாண சமூகசேவைகள் பணிப்பாளர் (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)
 Director of Social Services - Western Province (Place the official Seal)

Medical Report

Director of Social Services (W.P.) /Divisional Secretary

Name :-

Age :-

The above named person was examined by me on
 (date) and diagnosed him/ her suffering from (disability / illness).

I will recommend him / her an artificial lower limb / artificial upper limb / caliper shoes / white cane / walking stick / pair of crutches / forearm crutches / eye lens / folding wheel chair / wheel chair with a commode / special wheel chair / tricycle / spectacles / hearing aid / braille machine / walker / hydro mattress / air mattress / financial aid.

 Date

 Doctor's signature and seal

Note :- A person certified as a low income person by the Grama Niladari of the living area is eligible for the above facility.