

II.

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ කොරකුරු நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
අවු.50 අඩු 05 වයසிற்கු	පාසල් යන பாடசாலை செல்வோர்	රැකියා කරන தொழில் புரிவோர்	වෙනත් பிற

B.கொட்ப/தொகுதி

3. 1. டீர்ஷ் வகுவது ரெர்டய அருி வு காலசென் பஃ டூபிரய பீர்பதழ் கிரீஹ ஸாரஹ கல
சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சுத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

உரிச்சுய/வருடம்

ஒலி/ மாதம்

தேய/ தினம்

Page 10

- II. பூதிகார டுலுதன்'னா டுர'தல - சிகிச்சை ஡ெற்று வரும் வைத்தியசாலை

- III. ஒரே ஸ்தூபிகரூப லக்ஷி கருதி காமர ஸன டுனவ லுனென காமர (ரூப னா ரூப னாவெ ண்வினவென லுனென லுடனெ ன டுலவென) விண்ணப்பநாரருக்கு கிடைக்கப் பெற்ற உதவிகள் மற்றும் தற்போது கிடைக்கப்பெறும் உதவிகள் (அரச மற்றும் அரச சார்பற்ற அமைப்புக்களிலிருந்து கிடைக்கப் பெறும் பணம் மற்றும் பொருள் பண்ட வடிவில்)

- I. இலவச ஈடாக (ரூபாய்) நிதிசார் உதவி (ரூபாய்) -

- II. அறிவிக்கப்பட்டிருக்கிற அல்லது/அல்லாவிட்டாலும் வாழ்வாதார உதவி-

- III. சூலம் ஈவார்/ பொருள்சார் உதவி -

මම දරුණු චක්‍රගස් රෝගයෙන් (CKDu/CKD) පෙළෙන්නකු බව ද ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවටත් වෙනත් ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලයකින් මෙම ආධාරය සඳහා ඉල්ලුම් නොකළ බවටත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

நான் தீராத சிறுநீரக நோயினால் (CKD) பீடிக்கப்பட்ட ஒருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வதுவிக்கான வேண்டுகோளினை முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

பேராய/ திகதி

செய்தியைத் தவிர்த்து/நோயாளியின் ஒப்பம்

සැ.ප්‍ර. අමුණුම 2 අනුව(CKDu/CKD)දරුණු වකුගඩු රෝගියෙකු බව තහවුරු කෙරෙන වෛද්‍ය නිර්දේශය අමුණා තිබිය යුතුය.

வி.க.(இணைப்பு 2 படிவத்திற்கு அமைய) (CKDu/CKD) தீராத சிறுநீரக நோயாளி என்பதனை உறுதிப்படுத்துப
மருத்துவ அறிக்கையினை இணைக்கவும்.

MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE
MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

1. Name of Patient:.....
(රෝගියාගේ නම)
2. Age :.....
(වයස)
3. Sex :.....
(ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය)
4. Address :.....
(ලිපිනය)
5. Name of Clinic/ Hospital:.....
(සායනයේ/රෝහලේ නම)

Ward No :
(වාට්ටු අංකය)

Clinic No:.....
(සායන අංකය)

I, hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any circumstances.

මා වක්‍රවූ රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වක්‍රවූ රෝගීන්ගේ ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient/රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....of
.....is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients

YES

NO

Dialysing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:.....

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)

