

විස්තාරිත සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
Department of Social Services (Western Province)

WP/SSD/DI/01

රෝගාධාර ඉල්ලීම පිළිබඳ වාර්තාව
Report of Application for Disease Assistance

(ක්ෂය/ ලාදරු/පිළිකා/තැලිසිමියා රෝග වලට ගොදුරු වූ අඩු ආදායම්ලාභී රෝගීන් සඳහා පමණි.)

(Only for the low income patients with T.B/Leprosy/ Cancer/Thalisimia)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :
D.S.Div sion

1. ඉල්ලීම Request

1.1 ඉල්ලනු ලබන රෝගාධාරය Assistance request
 ක්ෂය ☐ T.B ලාදරු ☐ Leprosy පිළිකා ☐ Cancer තැලිසිමියා ☐ Thalissimia
 (අදාළ වෛද්‍ය වාර්තාව ඇමිණිය යුතුය.)

1.2 ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම Name of Applicant (In Full)

1.3 ලිපිනය Postal Address

1.4 ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය Gender

1.5 උපන් දිනය Date of Birth

1.6 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය NIC Number

1.7 විවාහක/ අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින බව Married/Single/Widowed/Separated

1.8 ඉල්ලුම්කරු හා එකව වෙසෙන පවුලේ සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර :
Particulars of family members who are residing with the Applicant

1.9 ඉල්ලුම්කරු මහජනාධාර හෝ සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද? එසේනම් විස්තර සඳහන් කරන්න
Is Applicant in receipt of Public Assistance or Samurdi. If so give particulars below

නම Name	තානම් Relationship	ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය Sex	වයස Age	රැකියාව/ඉගෙනුම් ලබන ශ්‍රේණිය Occupation/Grade in school

1.10 මාසික ආදායම Monthly Income

1.11 ඉල්ලුම්කරු මහජනාධාර හෝ සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද? එසේනම් විස්තර සඳහන් කරන්න.
Is applicant in receipt of Public Assistance or Samurdi, if so give particulars below.

	කාඩ්පත් අංකය (Card Number)	මුදල (Amount) රු. (Rs.)
මහජනාධාර (Public Assistance)		
සමෘද්ධි ආධාර (Samurdi Assistance)		

1.12 දහරි ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝහල හෝ සායනයේ නම හා ලිපිනය.....

Name and address of Hospital or Clinic where treatment is being taken:

1.13 ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද?

How treatment is taken

බාහිර රෝගී

Out Patient

☐

භේවාසිත රෝගී

In Patient

☐

1.14 ප්‍රාග් ආසි හැමල් කන්තේරුව

The post office nearby :

මම මිහිත් කරන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

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

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන/වම් මාලට්ටි පිළිතුරු
Signature or Thumb in pressing of Applicant

2. ග්‍රාම නිලධාරීගේ නිර්දේශය

Recommendation of Grama Niladari

ඉල්ලුම්කරු දිස්ත්‍රික්කයේ ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසයේ
අංක දරණ ග්‍රාම නිලධාරී වශයෙන් පදිංචි අඩු ආදායම්ලාභී
අයෙකු බවද, ඒ ආසි තොරතුරු මාගේ දැනුමේ හැටියට නිවැරදි බවද සහතික කරමි.

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.

දිනය :
Date

.....
ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of Grama Niladari

3. සමාජ සේවා නිලධාරී නිර්දේශය

Recommendation of S. S. O

දිනය :
Date

.....
සමාජ සේවා නිලධාරී අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of S.S.O

4. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය :

Approval of Divisional Secretary :

දිනය :
Date

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of D.S

5. සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ නිර්දේශය :

Recommendation of Director Social Services

දිනය :
Date

.....
සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber Stamp of Director Social Services