

**வீசுதாசிரி பட்டாசீ சமூசு சேலா டேபார்தமேதீதுவி
மேல் மாகாண சமூக சேவைகள் திணைக்களம்
சமூசு சேலா ஂபாடர் (விசேச தர்தர்ப்பம்/பலவீன சந்தர்ப்பம்)
சமூகசேவை உதவி (விசேட சந்தர்ப்பம்/பலவீன சந்தர்ப்பம்)
ஒல்டுமீசு சிலிலுட லார்தாவி
கோரல் துடாட்பான அறிக்கை**

வ:ச:ச:சே:பி:ஂ. (1)
மே:மா.ச.சே.வி. (1)

஁புலேவத ஂமத
அட்டவணை இலக்கம்

1. டுசீதிரிவத /மாவட்டம் :-

2. ஁புலேவத டேவதீ கார்ப்பாசத:- 3. ஁புலேவத டேவதீ கார்ப்பாசத:-
பிரதேசச் செயலாளர் பிரிவு கிராம சேவையாளர் பிரிவு

4. ஒல்டுமீசு கர்஁ டுவத ஂபாடர்:-
விண்ணப்பிக்கவிருக்கும் உதவி :-

5. ஒல்டுமீசு கர்஁ த:-
விண்ணப்பதாரியின் பெயர் :-

6. கர்஁கர்஁ (஁ப/பித/பெதத் ஁பாசிடேத) டுபீ ததீ பித ஁ததத் :-
பாதுகாவலர் (தாய்/தந்தை/஁தைய உறவினர்) இருந்தால் அவர் பற்றிய பெயர் :-

7. ஒல்டுமீசு கர்஁ ஁ கர்஁கர்஁ டுபீ டுவத டுபித:-
விண்ணப்பதாரிக்கு அல்லது பாதுகாவலருக்கு கடிதம் கிடைக்கும் முகவரி :-

8. ஁புலேவத/சேலா஁பாடர்/பேலா஁பாடர் ஒல்டுமீசு கர்஁ பததத் பதத கார்ப்பாசத சதீபுர்த கர்஁.
உபகரணம் /பாசாக்கு உதவி /வைத்திய உதவி கோரல் துடாட்பாக மட்டும் கிழவரும் பகுதியை பூரணப்படுத்தவும்.

8.1 ஒல்டுமீசு கர்஁ சீதிரி/புர்தத கார்ப்பாசத:- 8.2 ஁புலேவத:- 8.3 பித:-
விண்ணப்பதாரி ஆணா/பெண்ணா:- பிறந்த திகதி:- வயது:-

8.4 பிதாசத / ஁பிதாசத ஁ப:- 8.5 ஁புலேவத டுபீ ததீ ததத:-
திருமணமானவரா/திருமணவாகத்வரா:- பிள்ளைகள் இருந்தால் தொகை:-

8.6 ஁புலேவத ஁ ஁பித ததீ:-
பலவீனதன்மை அல்லது நோயத்தன்மை :-

8.7 கர்஁புலேவத ஁மத:-
அடையாள அட்டை இலக்கம்:-

(஁புலேவத ஁பித ஁பித ஁பித ஁பித ஁பித)
(துடாட்புடைய வைத்திய அறிக்கை அல்லது வைத்திய அத்தாட்சிப் பத்திரத்தை இணைக்கவும்.)

9. ஒல்டுமீசு கர்஁ பபுலேவத ததீ கிபிலேத மதததாடர் / சமூ஁஁ ஂபாடர் டுவததே?
விண்ணப்பதாரி அல்லது குடும்பததில் வேறு வராவது மககள் உதவி, சமூர்த்தி உதவி பெறுகிறார்களா? ஁பி/ததத
ஆம்/இல்லை

10. டுவததே ததீ பிபிலாசிய டுவத ஁புலேவத ஁ கார்ப்பாசத ஁மத
பெறுபவராயின் உதவி பெறுபவர் பெறுகின்ற பணத்தொகை மற்றும் அட்டை இலக்கம்:-

11. பபுலேவத சமீசத மததத ஁புலேவத
குடும்பததில் மொத்த மததத வருமானம்:-

஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத
மேல் என்னால் குறிப்பிட்ட விடயம் எனது அறிவுக்கு ஁பு சரியானதென அத்தாட்சிப்படுத்துகின்றேன்.

பித/திகதி:-

ஒல்டுமீசு கர்஁/஁ப/பித/கர்஁
விண்ணப்பதாரி/தாய்/தந்தை/பாதுகாவலர்

஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத ஁புலேவத
வயது குறைந்த பிள்ளைகள் ஒன்றிமறுயாதவர்கள் இருந்தால் அவருக்குப் பதிலாக தாய்/தந்தை அல்லது பாதுகாவலர் கையொப்பமிடல் வேண்டும்.

12. **ଗ୍ରାම නିලଦାରୀගේ නිර්දේශ:-**

கிராம சேவையாளரின் சிபாரிசு :-

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.

மேல் 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.)

பெயர் / திகதி :

ග්‍රාම නිලධාරී (නිල මුද්‍රාව තබන්න)

கிராம சேவகர் (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)

13. පරීක්ෂා කිරීමෙන් අනතුරුව පළාත් සමාජ සේවා නිලධාරී තැනගේ නිර්දේශය:-

பரிசோதித்தன் பின்பு சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் கிபாரிக :-

13.1 ක්ෂේත්‍ර පරීක්ෂණය සිදුකළ දිනය

களப் பரிசோதனை செய்த திகதி :-

13.2 வா்நாவி னா வீரீடீடீடீ / அறிக்கை ஢்ற்றும் சிபாரிசு :-.....

13.3 අධාරයේ ප්‍රමාණය (මාසික හෝ ඵකවර දීමනාවක් ද එසේනම් මුදල කියද, දවසයක් නම් එහි ප්‍රමාණය)

உதவியின் அளவு (மாதாந்தம் அல்லது ஒரேடியாக கொடுப்பனவாயின் தொகை எவ்வளவு, பொருட்களானால் அதன் அளவு)

பேயை / திகதி :

සමාජ සේවා නිලධාරී (නිල මුද්‍රාව තබන්න)

சமூக சேவை உத்தியோகத்தார் (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)

14. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය:-

பிரதேசக் செயலாளரின் சிபாரிசு :-

ဘိဉ်ဇေၤ ကဝံဃိ / ဘိဉ်ဇေၤ ဘောကဝံဃိ

பரிந்துரை செய்தல்/ பரிந்துரைக்கப்படவில்லை

பேரம் / திகதி :

ප්‍රාදේශීය ලේකම් (නිල මුද්‍රාව තබන්න)

பிரதேசச் செயலாளர் பிரிவு (உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)

15. අනුමත කරමි / අනුමත නොකරමි

கொடுப்பனவை அனுமதிக்கின்றேன்/அனுமதிக்கவில்லை

பெயர் / திகதி :

සමාජසේවා අධ්‍යක්ෂ - බස්නාහිර පළාත

மேல்மாகாண சமூகசேவைகள் பணிப்பாளர்

(நீல மூலம் வண்ணம்)(உத்தியோக முத்திரையை இடவும்)

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.