අයදුම්පත්‍ර සම්පූර්ණ කිරීමට අදාල උපදෙස් හා අවශ්‍ය ලිපිලේඛණ

(අයදුම්පත්‍රය සමග මෙම උපදෙස් පත්‍රිකාව ඉදිරිපත් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ)

<u>රෝහල් ගත කිරීම්(බරපතල රෝග/සාමාන්‍ය රෝග/ශල්‍යකර්ම)</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
රෝග නිශ්චය කාඩ්පතේ මුල් පිටපත හෝ රෝහල වෙතින් සහතික කරන ලද පිටපතක්
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය (බිරිඳ/ස්වාමියා රෝහල් ගත කිරීමක් නම් පමණක්)
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (දරුවා රෝහල් ගත කිරීමක් නම් පමණක්)
බිල්පත් හා රිසිට්පත් වල මුල් පිටපත්
විවාහ වීම් දෙකොනි පිටපත (කලත්‍රයා රෝහල්ගත කිරීමක් සඳහා පමණි)
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්

<u>මරණ (දරු/කාලාත්‍ර/සාමාජික)</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද මරණ සහතිකය
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය (දරු මරණයක් නම් පමණක්/කලාත්‍ර/සාමාජික)
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන සාමාජිකයාගේ උප්පැන්න සහතිකය (සාමාජික මරණ සඳහා දෙමව්පියන් ඉල්ලුම් කරයි නම් පමණක්)
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (කිරිමක් නම් පමණක් දරු මරණ සඳහා ඉල්ලුම්)
වන්දි හිමිකම් සහිත පුද්ගලයින්ගේ බැංකුපාස් පොත්වල සහතික කරන ලද පිටපත්
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ඥතිත්වය සනාථ කිරීම සඳහා අනි සහතිකය

<u>සාමාජික දුබලතා (සාමාජිකයාට පමණක් හිමිකම් ඇත)</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
දුබලතා රෝග විනිශ්චය වාර්ථාවවෛද්‍ය/ මණ්ඩල වාර්ථාවේ මුල් පිටපත
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්

<u>ඇස්කණ්නාඩි</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
රෝග නිශ්චය කාඩ්පත/ ආවෙ 58 (වෛද්‍ය පරීක්‍ෂන වාර්ථාව)
සහතික කරන ලද වෛඋසේඅම මුදල් වවුචර් පිටපත
බිල්පත් හා රිසිට් පත් වල මුදල් පිටපත්
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්

<u>ගමන් දීමනා</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි මුල් පිටපත හෝ රෝහල වෙතින් සහතික කරන පිටපත්
පිටත් කර හැරීමේ තුන්ඩුවේ මුල් පිටපත හෝ රෝහල වෙතින් සහතික කරන පිටපත්
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද සාමාජිකයාගේ උප්පැන්න සහතිකය (අවිවාහක සාමාජිකයින් විසින් ඉල්ලුම් කරයි නම් පමණක්)
දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (දරුවන් සඳහා ඉල්ලුම් කිරිමක් නම් පමණක්)
විවාහ සහතිකය (බිරිඳ/ස්වාමි පුරුෂයා සඳහා)

<u>දරු උපත්</u>

සාමාජික අයදුම්පත්‍රය
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය
ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය
දරුවගේ උපතට අදාල දෙකොනි පිටපත
යුහ හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්
බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක්

සැලකිය යුතුයි :

අ. අවිවාහක සාමාජිකයන්ගේ (සාමාජික මරණ) දෙමව්පියන් හට ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමේදී මව විසින් පියාට/පියා විසින් මවට කැමැත්ත ප්‍රකාශිත ලිපිය ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
ආ. රෝහල්ගත කිරීම් වෙනුවෙන් විවාහ/උප්පැන්න මුල් සහතික පත් <u>එක් වතාවක් පමණක් ඉදිරිපත් කිරීම ප්‍රමාණවත් වේ.</u> (මීට පෙර රෝහල් ප්‍රතිලාභ ලබාගෙන ඇත්නම් නැවත මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ.)
ඇ. කර්නල් නිළයෙන් ඉහල නිලයන් සඳහා අණදෙන නිළධාරි සහතිකය අවශ්‍ය නොවේ.
ඇ. දරු උපත්/ගමන් දීමනා/ඇස්කණ්නාඩි සඳහා මුද්දරය අවශ්‍ය නොවේ.
ඉ. එක් එක් ප්‍රතිලාභ සඳහා වෙන් වෙන් වශයෙන් ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත් ඉදිරිපත් කල යුතුය.

යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් අංකය (කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

(එක් ප්‍රතිලාභයක් ඉල්ලුම් කිරිම සඳහා පමණි)

I කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය)

ප්‍රතිලාභ අයදුම් පත්‍රය සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වන උපදෙස් සහ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමේදී අවශ්‍ය ලිපි ලේඛණ වල විස්තර සඳහා පසුපිට බලන්න.
ඔබ වෙතින් ඉල්ලුම්කරන හිමිකමට අදාළවන කොටුව තුළ (√) යොදන්න.

රෝහල්ගත කිරීම්	මරණ	පූර්ණ කාලීන පූර්ණ ආබාධිත	ඇස්කණ්නාඩි	දරු උපත්	
සාමාන්‍ය රෝග ☐	☐	☐	☐	☐	සාමාජිකයා ☐
ශල්‍යකර්ම ☐		පූර්ණ කාලීන අර්ධ ආබාධිත			කලත්‍රයා ☐
බරපතල රෝග ☐		☐			දියණිය ☐
ගමන් දීමනා ☐					පුතණුවන් ☐
					මව ☐
					පියා ☐

ප්‍රතිකාර ගනු ලැබූ රෝහල :- රජයේ/යුද්ධ හමුදා ☐ පුද්ගලික ☐ අර්ධ රාජ්‍ය ☐ ආයුර්වේද රෝහල් (වෛසේඅම නිර්දේශිත) ☐

1. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) : ....
2. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම : ....
3. රෙජි අංකය : ....
4. නිළය : ....
5. රෙජිමේන්තුව : ....
6. ඒකකය : .... පෙර සිටි ඒකක : ....
7. මව් ඒකකය (විශේෂ බලකායට පමණක් අදාලවේ) : ....
8. ලිපිනය (සාමාජිකයාගේ/ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) : ....
9. දුරකථන අංකය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) : ....
10. විවාහක/අවිවාහක/දික්කසාද බව : .... විවාහ/දික්කසාද වූ දිනය :............... දෙකොනි පිටපත් අංකය :.................
11. වන්දි හිමිකම් අයදුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් සඳහාද:
    - අ. නම:..
    - ආ. ඥාතීත්වය: ....
    - ඇ. උපන් දිනය: ....
12. සාමාජිකයා විසින් වන්දි/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන තැනැත්තා/තැනැත්තිය යුද හමුදා සාමාජිකයෙක් නම් ඔහුගේ/ඇයගේ අංකය, නිලය, නම සහ රාජකාරි ස්ථානය සඳහන් කරන්න: ....
13. ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නාගේ බැංකුව : .... ශාඛාව: ....

    ගිණුම් අංකය : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
14. මීට ප්‍රථම සාමාජිකයා විසින් සුවසහන රක්‍ෂණ අරමුදල වෙතින් වන්දි මුදලක් ලබාගෙන ඇත්නම් :
    - අ. අවසන් වරට ලබාගත් වන්දි මුදල රු:.......................................
    - ආ. ලබාගත් දිනය :...
15. පෞද්ගලික රක්‍ෂණ සමාගමකින්/ රජයේ අග්‍රහාර අරමුදල වෙතින් වන්දි මුදලක් හෝ කොටසක් ඉල්ලුම් කරන ප්‍රතිලාභ සඳහා ලබාගෙන ඇත්නම් :

    අ. එම වන්දි මුදල රු: .... එම රක්‍ෂණ සමාගම : .... (ගෙවීම් තහවුරු කිරීමේ ලිපිය එම රක්‍ෂණ සමාගම වෙතින් ලබාගෙන ඉදිරිපත් කල යුතුය)

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන හිමිකමට අදාල කොටස පමණක් සම්පූර්ණ කරන්න

16. **රෝහල් ගත කිරීම් සඳහා නම් :**
   - අ. රෝගියාගේ නම සහ උපන් දිනය : ....
   - ආ. රෝගියා ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝහල, ලිපිනය සහ වෛද්‍යවරයාගේ නම: ....
   ....
   - ඇ. ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේ කුමන රෝගයක්/පරීක්ෂණයක් සඳහාද:..
   - ඈ. රෝහලට ඇතුලත් කළ දිනය : ....
   - ඉ. රෝහලෙන් පිටවූ දිනය : ....
   - ඊ. රෝහල් ගත වී සිටි දින ගණන :..

17. බාහිර මිලදී ගැනීම්/ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ සිදුකල ආයතනය/රෝහල : ....
18. රෝහල/ආයතනය වෙත ගෙවා ඇති මුදල රු: ....
19. ඉල්ලුම් කරනු ලබන මුදල රු: ....
20. **මියයෑම් ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්** :
   - අ. මියගිය පුද්ගලයාගේ සම්පූර්ණ නම : ....
   - ආ. උපන් දිනය :...................... මියගිය දිනය : .... මියගිය ස්ථානය: ....
   - ඇ. ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන අයගේ නම සහ ජා.හැ.අංකය/ අවුරුදු 16ට අඩු ප්‍රතිලාභියෙක් නම් භාරකරුගේ විස්තර/ නීත්‍යානුකූල ලිපිලේඛණ ඉදිරිපත් කළ යුතුය (සාමාජික මියයාම් සඳහා පමණි) : ....

21. **සාමාජික පූර්ණ කාලීන පූර්ණ ආබාධිත/ පූර්ණ කාලීන අර්ධ ආබාධිත සඳහා නම්** :
   - අ. ආබාධිත තත්වයට පත් වූ දිනය : .... වෛසේඅම වෙතින් නිරදේශිත අබාධිත ප්‍රතිශතය: ....
   - ආ. ආබාධිත තත්වයට පත්වූ හේතුව : ....
   - ඇ. ආබාධිත තත්වයට පත්වන විට සේවය කල ස්ථානය : ....

22. **ඇස්කණ්නාඩි ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්** :
   - අ. වෛළසේඅම වෙතින් ඇස්කණ්නාඩි මිලදී ගැනීමට ලබාදුන් මුදල රු: ....
   - ආ. මිලදීගත් ආයතනය: .... වැය වූ මුදල : ....

23. **දරු උපත් ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්:**
   - අ. දෙකොනි පිටපත් අංකය : ....
   - ආ. දරුවාගේ නම සහ උපන් දිනය : ....

ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර, මා හට/ කලත්‍රයා /දුව/පුතා/ මව/ පියා වෙනුවෙන් හිමි ප්‍රතිලාභ ලබාදෙන මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටින අතර, ඉදිරිපත්කර ඇති තොරතුරුවල සත්‍යතාවයට මා පුද්ගලිකව වග කියමි. මාගේ කලත්‍රය/දුව/පුතා/මව/පියා විසින් එම කරුණ සඳහාම ඔහුගේ සාමාජිකත්වය මත ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කර හෝ ලබාගෙන නොමැති බවත්, එසේ ඉල්ලුම්කර හෝ ලබාගෙන ඇත්නම් ඒ සඳහා මා හිමිකම් ලබාගැනීමට සුදුසුකම් නොලබන බව හා සුවසහන අරමුදල් ව්‍යවස්ථාවේ නීති රෙගුලාසිවලට අනුව එසේ ඉල්ලුම් කිරීම යුද්ධ හමුදා පනත යටතේ දඩුවම් ලැබිය හැකි වරදක් වන බව දන්නා බවත් මෙයින් ප්‍රකාශකර සිටිමි.

දිනය :.. අත්සන :..

II කොටස (ඒකකය සහ රෙජිමේන්තු මධ්‍යස්ථානය විසින් සම්පූර්ණ කල යුතුය)

අණදෙන නිළධාරි/දෙවන අණදෙන නිළධාරිගේ සහතිකය

1. ඉහත නම සදහන් ජොෂ්ඨ නිළධාරි/නිළධාරි /ජොයකොනොනි/ කොනොනි/ සෙනි සේවයේ යෙදී සිටින බව හා ඉදිරිපත්කර ඇති සියලුම තොරතුරු මා විසින් පුද්ගලිකව පරික්ෂාකර බලා නිවැරදි බවට අත්සන් තබා සහතික කරමි.

අත්සන :..
නි/අංකය :..
නිළය :..
දිනය :.. නම:..
(නිළමුද්‍රාව)

මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක /නියෝජ්‍ය මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක ගේ නිර්දේශය:

1. ඉහත නම සදහන් ජොෂ්ඨ නිළධාරි/නිළධාරි /ජොයකොනොනි/ කොනොනි/ සෙනි සේවයේ යෙදී සිටින බවට සහතික කරන අතර ඉල්ලුම්කර ඇති ප්‍රතිලාභ මුදල ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

දිනය :.. අත්සන :..
(නිළමුද්‍රාව)

III කොටස (සුවසහන අරමුදලේ කාර්යාලය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් අංකය (කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

ලෙජර් අංශය - සුවසහන අරමුදල

1. සාමාජිකයා සුවසහන අරමුදලට නියමිත පරිදි සාමාජික මුදල් ගෙවා ඇත/නැත.
2. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාල ලියකියවිලි නියමිත පරිදි ලැබී ඇත/නැත.
3. වාර්ෂිකව හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලින් ලබාගෙන ඇති මුදල රු:.................................
4. වාර්ෂිකව හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලින් ඉතිරිව ඇති මුදල රු: ....
5. ලබාදීමට නියමිත ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු: .... ක් ගෙවීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.
6. 50% අත්තිකාරම් මුදල ලබාගෙන ඇත/නැත. ලබාගෙන ඇත්නම් මුදල රු : ....

මා පෞද්ගලිකව පරික්ෂාකර බැලු අතර, නිවැරදි බවට සහතික කරමි.	**මා පෞද්ගලිකව පරික්ෂාකල අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. අත්සනට ඉදිරිපත් කරමි.**	**ගෙවීම සඳහා නිර්දේශ කරමි.**
විෂයභාර ලිපිකරු	අංශභාර ජොයකොනොනි	මානි II (ලෙජර් අංශය)
අත්සන :..	අත්සන :..	අත්සන :..
සෙ/අංකය :....................................	සෙ/අංකය :....................................	නි/අංකය :....................................
නිළය :..	නිළය :..	නිළය :..
නම :..	නම :..	නම :..
දිනය :..	දිනය :..	දිනය :..

වන්දි අංශය - සුවසහන අරමුදල

1. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාල ලියකියවිලි නියමිත පරිදි ලැබී ඇත/නැත.
2. ප්‍රතිලාභයේ ස්වභාවය ....
3. වෛසේඅම නිර්දේශිත යොමුව ....
4. වර්ෂිකව හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලින් ඉල්ලුම් කර ඇති මුදල ගෙවීමට ප්‍රමාණවත් ද/නැද්ද යන්න : ....
5. ගෙවීමට හැකි උපරිම ප්‍රතිලාභ මුදල රු : ....
6. ප්‍රතිලාභය වෙනුවෙන් හිමි ගන්වන මුදල වන රු: .... ක් ලබාදීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.

මා පෞද්ගලිකව පරික්ෂාකර බැලු අතර, නිවැරදි බවට සහතික කරමි.	**මා පෞද්ගලිකව පරික්ෂාකල අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. අත්සනට ඉදිරිපත් කරමි.**	**ගෙවීම සඳහා නිර්දේශ කරමි.**
විෂයභාර ලිපිකරු	අංශභාර ජොයකොනොනි	මානි II (වන්දි අංශය)
අත්සන :............................	අත්සන :..	අත්සන :..
සෙ/අංකය :........................	සෙ/අංකය :....................................	නි/අංකය :....................................
නිළය :............................	නිළය :..	නිළය :..
නම :............................	නම :..	නම :..
දිනය :............................	දිනය :..	දිනය :..

මානි II (විගණන) - සුවසහන අරමුදල

1. ඉහත නම සඳහන් සාමාජිකයා /කලත්‍රයා/දුව/පුතා/අවිවාහක සාමාජික දෙමව්පියන් වෙනුවෙන් හිමි ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු:............................ (..) ක මුදල ගෙවීමට නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය :.. දින අත්සන :..
(නිළමුද්‍රාව)

සුභසාධක අධ්‍යක්ෂ /මානි I සුවසහන ගේ නිගමනය

1. ඉහත නම සඳහන් සාමාජිකයා /කලත්‍රයා/දුව/පුතා/අවිවාහක සාමාජික දෙමව්පියන් වෙනුවෙන් හිමි ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු:.................................. (..) ක් ගෙවීමට අනුමත කරමි/නොකරමි.

දිනය :.. දින අත්සන :..
(නිළමුද්‍රාව)

මානි II (ගිණුම්) - සුවසහන අරමුදල

1. මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සැබැඳිව පරීක්ෂා කළ අතර ව්‍යවස්ථාවේ නියමයන්ට අනුව .... යන අය හට රු: .... (..) ක් වෙනුවෙන් ප්‍රේෂණපත් අංක .... නිකුත් කරන ලදි.

දිනය :..දින අත්සන :..
(නිළමුද්‍රාව)

ඉල්ලුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

1. ප්‍රතිලාභ වෙනුවෙන් සුවසහන අරමුදල වෙතින් හිමිගන්වන රු: .... ක් ලබාගත් බවට සහතික කරමි.

දිනය :.. දින අත්සන :..
(මුද්දරයක් මත අත්සන් කළ යුතුය)