<u>අයදුම්පත්‍ර සම්පූර්ණ කිරිමට අදාල උපදෙස් හා අවශ්‍ය ලිපිලේඛණ</u>

(අයදුම්පත්‍රය සමග මෙම උපදෙස් පත්‍රිකාව ඉදිරිපත් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ)

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

- ප්‍රතිලාභ 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 කිරිමක් නම් පමණක්)
- ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (දරුවා රෝහල් ගත කිරිමක් නම් පමණක්)
- බිල්පත් හා රිසිට්පත් වල මුල් පිටපත්
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපතක්
- බාහිර මිළදි ගැනිම් සඳහා ඉදිරිපත් කර ඇති වෛද්‍ය නිර්දේශයන් හි මුල්පිටපත්

<u>මරණ (දරු/කාලාත්‍ර/සාමාජික)</u>

- ප්‍රතිලාභ 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 දෙමාපියන් විසින් ඉල්ලුම් කරයි නම් පමණක්)
- ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (දරු මරණ සඳහා ඉල්ලුම් කිරීමක් නම් පමණක්)
- වන්දි හිමිකම් සහිත පුද්ගලයින්ගේ බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපත
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- සාමාජිකයාගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ඥතිත්වය සනාථ කිරීම සඳහා ග්‍රාම සේවක සහතිකය

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

- ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත්‍රය
- දුබලතා රෝග නිශ්චය වාර්ථාව වෛද්‍ය/මණ්ඩල වාර්ථාවේ මුල් පිටපත
- යුද්ධ හමුදා වෛද්‍ය මණ්ඩල වාර්ථාවෙහි පිටපත
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපතක්

<u>ඇස්කණ්නාඩි</u>

- ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත්‍රය
- රෝග නිශ්චය කාඩ්පත
- බිල්පත් හා රිසිට් පත් වල මුල් පිටපත්
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපතක්

<u>ගමන් දීමනා</u>

- ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත්‍රය
- රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි මුල් පිටපත හෝ රෝහල වෙතින් සහතික කරන පිටපත්
- පිටත් කර හැරිමේ තුන්ඩුවේ මුල් පිටපත හෝ රෝහල වෙතින් සහතික කරන පිටපත්
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපතක්
- ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද සාමාජිකයාගේ උප්පැන්න සහතිකය (අවිවාහක සාමාජිකයින් දෙමව්පියන්ට ඉල්ලුම් කරයි නම් පමණක්)
- දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය (දරුවන් සඳහා ඉල්ලුම් කිරිමක් නම් පමණක්)
- විවාහ සහතිකය (බිරිඳ/ස්වාමිපුරුෂයා සඳහා)

<u>දරු උපත්</u>

- ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත්‍රය
- ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය
- ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය
- විශ්‍රාම හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි පිටපතක්
- බැංකුපාස් පොතෙහි පිටපතක්

<u>සැලකිය යුතුයි</u> :

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 සහතික <u>එක් වතාවක් පමණක් ඉදිරිපත් කිරීම ප්‍රමාණවත් වේ.</u> (මීට පෙර රෝහල් ප්‍රතිලාභ ලබාගෙන ඇත්නම් නැවත ඉදිරිපත් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ.)

ඇ. ඥාතීත්වය තහවුරු කිරීම සඳහා ග්‍රාමසේවක සහතිකයක් ඉදිරිපත් කල යුතුය.

ඈ. දික්කසාද සාමාජිකයන්ගේ නඩු වාර්ථාවේ පිටපතක් ඉදිරිපත් කල යුතුය.

ඉ. දරු උපත්/ගමන් දීමනා/ඇස්කණ්නාඩි සඳහා මුද්දරය අවශ්‍ය නොවේ.

ඊ. එක් එක් ප්‍රතිලාභයන් සඳහා වෙන් වෙන් වශයෙන් ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත් ඉදිරිපත් කල යුතුය.

<u>යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ විශ්‍රාමික ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය</u>

<u>(එක් ප්‍රතිලාභයක් ඉල්ලුම් කිරිම සඳහා පමණි)</u>

<u>I කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය)</u>

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් අංකය (කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත්‍රය සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වන උපදෙස් සහ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරිමේදී 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 ☐					කලත්‍රයා ☐
බරපතල රෝග ☐		පූර්ණ කාලීන අර්ධ ආබාධිත ☐			දියණිය ☐
ගමන් දීමනා ☐					පුතණුවන් ☐
					මව ☐
ප්‍රතිකාර ගනු ලැබු රෝහල :- රජයේ/යුද්ධ හමුදා ☐	පුද්ගලික ☐	අර්ධ රාජ්‍ය ☐	ආයුර්වේද රෝහල් (වෛසේඅම නිර්දේශිත) ☐		පියා ☐

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

    ගිණුම් අංකය : | | | | | | | | | | | | | | | | |

13. මීට ප්‍රථම සාමාජිකයා විසින් සුවසහන රක්ෂණ අරමුදල වෙතින් වන්දි මුදලක් ලබාගෙන ඇත්නම් :
    - අ. අවසන් වරට ලබාගත් වන්දි මුදල රු:.......................................
    - ආ. ලබාගත් දිනය :..
14. 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)

<u>ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන හිමිකමට අදාල කොටස පමණක් සම්පූර්ණ කරන්න</u>

15. **<u>රෝහල් ගත කිරීම් සඳහා නම්</u> :**

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

16. බාහිර මිලදී ගැනීම්/ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ සිදුකල ආයතනය/රෝහල : ....
17. රෝහල වෙත ගෙවා ඇති මුදල රු: ....
18. ඉල්ලුම් කරනු ලබන මුදල රු: ....

19. **<u>මියයෑම් ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්</u>** :

- අ. මියගිය පුද්ගලයාගේ සම්පූර්ණ නම : ....
- ආ. මියගිය දිනය : .... මියගිය ස්ථානය : ....
- ඇ. ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන අයගේ නම සහ ජා.හැ.අංකය/ අවුරුදු 16 ට අඩු ප්‍රතිලාභියෙක් නම් භාරකරුගේ විස්තර/ නීත්‍යානුකූල ලිපිලේඛණ ඉදිරිපත් කළ යුතුය (සාමාජික මියයාම් සඳහා පමණි) : ....

20. **<u>සාමාජික පූර්ණ කාලීන පූර්ණ ආබාධිත/ පූර්ණ කාලීන අර්ධ ආබාධිත සඳහා නම්</u>** :

- අ. ආබාධිත තත්වයට පත් වූ දිනය : .... අබාධිත ප්‍රතිශතය: ....
- ආ. ආබාධිත තත්වයට පත්වූ හේතුව : ....
- ඇ. ආබාධිත තත්වයට පත්වූ ස්ථානය : ....

21. **<u>ඇස්කණ්නාඩි ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්</u>** :

- අ. මිලදීගත් ආයතනය: .... වැය වූ මුදල : ....

22. **<u>දරු උපත් ප්‍රතිලාභ සඳහා නම්:</u>**

- අ. දරුවාගේ නම : .... 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 කලත්‍රයා/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 (සුවසහන අරමුදලේ කාර්යාල ප්‍රයෝජන සඳහා පමණි)

<u>විශ්‍රාම අංශය - සුවසහන අරමුදල</u>

1. සාමාජිකයා සුවසහන අරමුදලට නියමිත පරිදි සාමාජික මුදල් ගෙවා ඇත/නැත.
2. සාමාජිකයා වලංගු පරිවාස කාලයකට යටත්ව ඇත/නැත.
3. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාල ලියකියවිලි නියමිත පරිදි ලැබී ඇත/නැත.
4. වාර්ෂිකව හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලින් ලබාගෙන ඇති මුදල රු:................................
5. වාර්ෂිකව හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලින් ඉතිරිව ඇති මුදල රු: ....
6. ලබාදීමට නියමිත ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු: .... ක් ගෙවීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.
7. 50% අතතිකාරම් මුදල ලබාගෙන ඇත/නැත. ලබාගෙන ඇත්නම් මුදල රු : ....

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර, නිවැරදි බවට සහතික කරමි.	මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකල අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදිව පරික්ෂාකර බලා අත්සනට ඉදිරිපත් කරමි.	ගෙවීම සඳහා නිර්දේශ කරමි.
<u>විෂයභාර ලිපිකරු</u>	<u>අංශභාර ජොකොනොනි</u>	<u>මානි II (විශ්‍රාම අංශය)</u>
අත්සන :..............................	අත්සන :..............................	අත්සන :..............................
සෙ/අංකය :..............................	සෙ/අංකය :..............................	නි/අංකය :..............................
නිළය :..............................	නිළය :..............................	නිළය :..............................
නම :..............................	නම :..............................	නම :..............................
දිනය :..............................	දිනය :..............................	දිනය :..............................

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් අංකය (කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

<u>වන්දි අංශය - සුවසහන අරමුදල</u>

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 ප්‍රමාණවත්ද/නැද්ද යන්න : ....
5. ගෙවීමට හැකි උපරිම ප්‍රතිලාභ මුදල රු : ....
6. ප්‍රතිලාභය වෙනුවෙන් හිමි ගන්වන ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු: .... ක් ලබාදීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.

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

<u>මානි II (විගණන) - සුවසහන අරමුදල</u>

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)

<u>සුභසාධක අධ්‍යක්ෂ /මානි I සුවසහනගේ නිගමනය</u>

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)

<u>මානි II (ගිණුම්) - සුවසහන අරමුදල</u>

1. මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම් සැබැවිද පරික්ෂා කළ අතර ව්‍යවස්ථාවේ නියමයන්ට අනුව .... යන අය හට රු:.............................. (...) ක් වෙනුවෙන් ප්‍රේෂණපත් අංක .... නිකුත් කරන ලදි.

දිනය :..දින අත්සන :..

(නිළමුද්‍රාව)

<u>ඉල්ලුම්කරුගේ ප්‍රකාශය</u>

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

දිනය :.. දින අත්සන :..

(මුද්දරයක් මත අත්සන් කළ යුතුය)