

**යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ බරපතල රෝග කාණ්ඩය යටතේ ඉදුරාම රෝහල වෙත ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සඳහා ඉල්ලුම් කිරීමේ විශ්‍රාම සාමාජික ගිවිසුම් ප්‍රකාශය**  
(ප්‍රතිලාභ අයදුම් පත්‍රය සමග ඉදිරිපත් කල යුතුය)

1. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :.....
2. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :.....
3. රෙජි අංකය :.....
4. නිලය :.....
5. රෙජිමේන්තුව :.....
6. ඒකකය :.....
7. මව් ඒකකය (විශේෂ බලකායට පමණක් අදාලවේ) :.....
8. ලිපිනය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
9. දුරකථන අංකය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
10. වන්දි හිමිකම් අයදුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් සඳහාද:
  - අ. නම :.....
  - ආ. ඥාතීත්වය :.....
  - ඇ. උපන් දිනය :.....
11. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල හා ඇස්තමේන්තුගත මුදල :.....

ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර, මා හට/කලත්‍රයා/දුව/පුතා/මව/පියා වෙනුවෙන් බරපතල රෝග සඳහා සිදුකරන ප්‍රතිකාර/ශල්‍යකර්ම/සාමාන්‍ය රෝහල්ගත කිරීම් යටතේ හිමි ප්‍රතිලාභ මුදලට යටත්ව ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමෙන් පසු ඒට අදාල බිල්පත් ඉදුරාම ඔබ අරමුදල වෙතින් රෝහල වෙත නිරවුල් කිරීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කර සිටින අතර, රෝගියාට අවශ්‍ය වෛද්‍ය පහසුකම් ව්‍යවස්ථාවේ සීමාවන්ට යටත්ව ලබා ගැනීමටත් සීමාව ඉක්මවා රෝහල වෙත යම් ගෙවීමක් කිරීමට සිදුවුවහොත් එය මා විසින් පෞද්ගලිකව ගෙවීමට බැඳී සිටින බව ප්‍රකාශ කරන අතර, තවද ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමෙන් පසු අදාල බිල්පත් රෝහල වෙත නිරවුල් කිරීම සඳහා පහත සඳහන් ලිපිලේඛණ ඉදුරාම සුවසහන අරමුදල වෙත රෝහල වෙතින් ලබා දීම සම්බන්ධයෙන් මාගේ අකමැත්තක් නොමැති බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

- අ. රෝග නිශ්චය කාඩ්පතේ මුල් පිටපත හෝ වෛද්‍ය වරයාගේ නිල මුද්‍රාව සහිත, සහතික කරන ලද ඡායාපිටපතක්.
- ආ. බිල්පත් හා ලදුපත් වල මුල් පිටපත් (සාමාජිකයා විසින් සහතික කර).
- ඇ. වෛද්‍ය නිර්දේශයේ මුල් පිටපත.

දිනය :..... අත්සන:.....