

පෙර සැලසුම්කරන ශල්‍යකර්ම/බරපතල රෝග වෙනුවෙන් ප්‍රතිකාර ලබාගැනීම සඳහා ඉදිරිම රෝහල වෙත ගෙවීම් කිරීමේ අයදුම්පත්‍රය - සුවසහන අරමුදල

1 වන කොටස: අයදුම්කරුගේ සහතිකය

1. රෙජිමේන්තු අංකය :
2. නම (මුලකුරු සමග) :
3. සම්පූර්ණ නම :
4. රෙජිමේන්තුව :
5. ඒකකය : අ. පෙර සිටි ඒකක :
6. විවාහක/අවිවාහක බව :
7. ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට නියමිත අයගේ නම :
8. ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට නියමිත අය හට ඇති ඥාතීත්වය :
9. ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට නියමිත රෝහල :
10. ප්‍රතිකාර සඳහා වැයවීමට නියමිත මුදල :
11. ඉල්ලුම් කරනු ලබන මුදල :
12. ප්‍රතිකාර සඳහා අවැසි ඉතිරි මුදල් සොයාගන්නා ආකාරය :
13. ලිපිනය :
14. දුරකථන අංකය :

ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවටත්, මිලගණන්පතෙහි සඳහන් මුදලින් සුවසහන අරමුදල වෙතින් අනුමත කරනු ලබන වටිනාකම ඉදිරිම අදාල රෝහල වෙත ගෙවීමටත් අනුමත මුදලට වඩා වැඩිවන වටිනාකම මා විසින් පුද්ගලිකවම දරන බවටත්, ප්‍රතිකාර ලබා දින 7 ක් ඇතුළත සේවාව සතුටුදායක ලෙස ලබාගත් බවට ඉදිරිපත් කළ යුතු ප්‍රකාශය අණදෙන නිලධාරී සහතික කර මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක නිර්දේශයෙන් ඉදිරිපත් කිරීමට කටයුතු කරන බවටත් සහතික කරමි.

දිනය : දින අත්සන :

11 වන කොටස : අණදෙන නිලධාරි/දෙවන අණදෙන නිලධාරිගේ සහතිකය

ඉහත නම සඳහන් ජ්‍යෙෂ්ඨ නිලධාරි/නිලධාරි/සෙසුනිල මෙම ඒකකයට අයත්වන අතර, ඔහු/ඇය විසින් ඉදිරිපත්කර ඇති මිලගණන්පතෙහි සඳහන් මුදලින් සුවසහන අරමුදල වෙතින් අනුමත වටිනාකම ඉදිරිම අදාල රෝහල වෙත ගෙවීමටත් අනුමත මුදලට වඩා වැඩිවන වටිනාකම ඔහු/ඇය විසින් පුද්ගලිකවම දරන බවටත් සහතික කරමි.

අත්සන :

අංකය :

නිලය :

නම:

(නිලමුද්‍රාව)

දිනය : දින

111 වන කොටස : මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක/නියෝජ්‍ය මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක ගේ නිර්දේශය

ඉහත නම සඳහන් ජ්‍යෙෂ්ඨ නිලධාරි/නිලධාරි/සෙසුනිල මෙම රෙජිමේන්තුවට අයත්වන අතර, ඔහු/ඇය විසින් ඉදිරිපත්කර ඇති මිලගණන්පතෙහි සඳහන් මුදලින් සුවසහන අරමුදල වෙතින් අනුමත වටිනාකම ඉදිරිම අදාල රෝහල වෙත ගෙවීමටත් අනුමත මුදලට වඩා වැඩිවන වටිනාකම ඔහු/ඇය විසින් පුද්ගලිකවම දරන බවටත් සහතික කරමි.

අත්සන :

අංකය :

නිලය :

නම:

(නිලමුද්‍රාව)

දිනය : දින

IV වන කොටස: වෛද්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ/නියෝජ්‍ය වෛද්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්ගේ නිර්දේශය

අදාළ නිලධාරී/සෙසුනිල/අනෙකුත් ප්‍රතිලාභීන් හට සිදුකිරීමට නියමිත ප්‍රතිකාරය ශල්‍යකර්ම/බරපතල රෝග කාණ්ඩයට අයත් වේ.

ඉල්ලුම්කරු වෙනුවෙන් රෝහල වෙත රු..... (.....) ක මුදලක් ගෙවීම නිර්දේශ කරමි.

දිනය :..... දින අත්සන :
(නිලමුද්‍රාව)

V වන කොටස (සුවසහන අරමුදලේ කාර්යාලය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

ලෙජර් අංශය - සුවසහන අරමුදල

1. සාමාජිකයා සුවසහන අරමුදලට නියමිත පරිදි සාමාජික මුදල් ගෙවා ඇත/නැත.
2. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාළ 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: ක්රෝහල වෙත ගෙවීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර, මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකල අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

විෂයභාර ලිපිකරු	අංශභාර ජ්‍යෙෂ්ඨ නොනානි	මානි II (ලෙජර් අංශය)
අත්සන :.....	අත්සන :.....	අත්සන :.....
සෙ/අංකය :.....	සෙ/අංකය :.....	නි/අංකය :.....
නිලය :.....	නිලය :.....	නිලය :.....
නම :.....	නම :.....	නම :.....
දිනය :.....	දිනය :.....	දිනය :.....

වන්දි අංශය - සුවසහන අරමුදල

1. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාළ ලියකියවිලි නියමිත පරිදි ලැබී ඇත/නැත.
2. ප්‍රතිලාභයේ ස්වභාවය
3. වෛසේද්‍ය නිර්දේශිත යොමුව
4. වාර්ෂිකව 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: ක්රෝහල වෙත ලබාදීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර, මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකල අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

විෂයභාර ලිපිකරු	අංශභාර ජ්‍යෙෂ්ඨ නොනානි	මානි II (වන්දි අංශය)
අත්සන :.....	අත්සන :.....	අත්සන :.....
සෙ/අංකය :.....	සෙ/අංකය :.....	නි/අංකය :.....
නිලය :.....	නිලය :.....	නිලය :.....
නම :.....	නම :.....	නම :.....
දිනය :.....	දිනය :.....	දිනය :.....

මානි II (විගණන) - සුවසහන අරමුදල

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

දිනය :..... දින අත්සන :
(නිලමුද්‍රාව)

සුභසාධක අධ්‍යක්ෂ /මානි I සුවසහන ගේ නිගමනය

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

දිනය :..... දින අත්සන :
(නිලමුද්‍රාව)

මානි II (ගිණුම්) - සුවසහන අරමුදල

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

දිනය :.....දින අත්සන :
(නිලමුද්‍රාව)

ඉල්ලුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

1. ප්‍රතිලාභ වෙනුවෙන් සුවසහන අරමුදල වෙතින් හිමිගන්වන රු: ක්රෝහල වෙත ගෙවූ බවට සහතික කරමි.

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

ඉදිරිපත් කළ යුතු ලිපිලේඛන

1. ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත
2. ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට අපේක්ෂිත රෝහල වෙතින් ලබාගන්නා ලද වියදම් ඇස්තමේන්තුවේ මුල් පිටපත
3. මුදල් ඉල්ලුම් කිරීමට අදාළ ලිඛිත ප්‍රකාශනය
4. කලත්‍රයා වෙනුවෙන් නම් විවාහ සහතිකය/දරුවා වෙනුවෙන් නම් උප්පැන්න සහතිකය හා දෙකොනි පිටපත
5. අවිවාහක සාමාජිකයාගේ දෙමව්පියන් වෙනුවෙන් සාමාජිකයාගේ උප්පැන්න සහතිකය