

යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ විශාමත ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය (බාහිර ප්‍රතිකාර / ඖෂධ)

(එක් ප්‍රතිලාභයක් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි)

I කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය)

ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් අංකය
(කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

1. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :
2. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :
3. රෙජි අංකය :
4. නිලය :
5. රෙජිමේන්තුව :
6. ඒකකය : පෙර සිටි ඒකක :
7. මව් ඒකකය (විශේෂ බලකායට පමණක් අදාලවේ) :
8. ලිපිනය :
9. දුරකථන අංකය :
10. විවාහක/අවිවාහක/දික්කසාද බව : විවාහ/දික්කසාද වූ දිනය :
11. වන්දි හිමිකම් අයදුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් සඳහාද:

සාමාජික ☐
කලත්‍රයා ☐
දියණිය ☐
පුත්‍රණුවන් ☐
මව ☐
පියා ☐
- අ. නම:.....
- ආ. 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 මුදල් බැරකළයුතු බැංකුව : ශාඛාව:
- ගිණුම් අංකය :
16. බාහිර ප්‍රතිකාර ලබාගත් වෛද්‍යවරයා/ආයතනය :
17. රෝගියාගේ නම සහ උපන් දිනය :
18. ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේ කුමන රෝගයක් සඳහාද:.....
19. වෛද්‍යවරයා/ආයතනය වෙත ගෙවා ඇති මුදල රු:
20. ඉල්ලුම් කරනු ලබන මුදල රු:

ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර, මා හට/ කලත්‍රයා /දුව/පුත්‍රා/ මව/ පියා වෙනුවෙන් හිමි ප්‍රතිලාභ ලබාදෙන මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටින අතර, ඉදිරිපත්කර ඇති තොරතුරුවල සත්‍යතාවයට මා පුද්ගලිකව වග කියමි. මාගේ කලත්‍රයා/දුව/පුත්‍රා/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 වංචනික ලෙස ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට කටයුතු කර ඇති බවට නිරීක්ෂණය වුවහොත් මාගේ සුවසහන අරමුදලෙහි සාමාජිකත්වය අහෝසි වන බව දන්නා බවත් මෙයින් ප්‍රකාශකර සිටිමි.

දිනය

අත්සන:.....
(සාමාජිකයාගේ අත්සන අනිවාර්යෙන්ම යෙදිය යුතුයි)

II කොටස (සුවසහන අරමුදලේ කාර්යාල ප්‍රයෝජන සඳහා පමණි)

විශාම අංශය - සුවසහන අරමුදල

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% අනතිකාරම් මුදල ලබාගෙන ඇත/නැත. ලබාගෙන ඇත්නම් මුදල රු:

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර, නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර අතර, සියළු තොරතුරු නිවැරදිව පරීක්ෂාකර බලා අත්සනට ඉදිරිපත් කරමි. ගෙවීම සඳහා නිර්දේශ කරමි.

විෂයභාර ලිපිකරු

අත්සන :.....
සෙ/අංකය :.....
නිලය :.....
නම :.....
දිනය :.....

අංශභාර ජ්‍යෙෂ්ඨකොන්‍යානි

අත්සන :.....
සෙ/අංකය :.....
නිලය :.....
නම :.....
දිනය :.....

මානි II (විශාම අංශය)

අත්සන :.....
නි/අංකය :.....
නිලය :.....
නම :.....
දිනය :.....

වන්දි අංශය - සුවසහන අරමුදල

1. ව්‍යවස්ථාව අනුව අදාල ලියකියවිලි නියමිත පරිදි ලැබී ඇත/නැත.
2. ප්‍රතිලාභයේ ස්වභාවය
3. වෛසේෂම 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 ගත්වන ප්‍රතිලාභ මුදල වන රු: ක් ලබාදීමට සුදුසුකම් ලබා ඇත/නැත.

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර,
නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

මා පෞද්ගලිකව පරීක්ෂාකර අතර, සියළු තොරතුරු
නිවැරදි බවට සහතික කරමි. අත්සනට ඉදිරිපත් කරමි. ගෙවීම සඳහා නිර්දේශ

විෂයභාර ලිපිකරු

අංශභාර ජ්‍යෙෂ්ඨ නොතැනි

මානි II (වන්දි අංශය)

අත්සන :
සෙ/අංකය :
නිලය :
නම :
දිනය :

අත්සන :
සෙ/අංකය :
නිලය :
නම :
දිනය :

අත්සන :
නි/අංකය :
නිලය :
නම :
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 :
(නිලමුද්‍රාව)

සුභසාධක අධ්‍යක්ෂ /මානි I සුවසහනගේ 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 :
(නිලමුද්‍රාව)

මානි 11 (ගිණුම්) - සුවසහන අරමුදල

1. මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම් සැබැදිව පරීක්ෂා කළ අතර ව්‍යවස්ථාවේ නියමයන්ට අනුවයන අය හට රු:..... (.....) ක් වෙනුවෙන් ප්‍රේෂණපත් අංක නිකුත් කරන ලදි.

දිනය :දින

අත්සන :
(නිලමුද්‍රාව)

ඉල්ලුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

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

දිනය :දින

අත්සන :
(සාමාජිකයාගේ අත්සන)

අයදුම්පත්‍ර සම්පූර්ණ කිරීමට අදාල උපදෙස් හා අවශ්‍ය ලිපිලේඛණ

1. සාමාජික අයදුම්පත්‍රය/වෛද්‍ය නිර්දේශයේ මුල් පිටපත හෝ වෛද්‍යවරයා විසින් සහතික කරන ලද පිටපතක්/ බිල්පත් හා රිසිට්පත් වල මුල් පිටපත්
2. ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය (බිරිඳ/ස්වාමියා සඳහා නම් පමණක්)/ප්‍රා:ලේ වෙතින් සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය(දරුවන් සඳහා පමණි)/යුග හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්/ ජාතික හැදුනුම්පතෙහි සහතික කල පිටපතක්/බැංකුපාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක් (මුල්පිටපත් මීට ප්‍රථම ඉදිරිපත් කර ඇතිනම් අවශ්‍ය නොවේ)

සැලකිය යුතුයි :

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