

**වයඹ පළාත් සභාව - සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව**  
**සේවා අයදුම්පත ( වෛද්‍යාධාර )**

පළාත් සභාව සහ දිස්ත්‍රික්කය : ..... ව්‍යය අංකය : .....

ප්‍රා.ලේ කොට්ඨාසය : ..... ප්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසය : .....

පිළිකා

තැලපිම්පා

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම : .....

02. අයදුම්කරුගේ ලිපිනය : .....

03. හඳුනාගත් අංකය : .....

04. වයස අවුරුදු : ..... මාස : ..... දින : .....

05. ස්ත්‍රී / පුරුෂ බව : ..... විවාහක / අවිවාහක / වැන්දඹු / වෙනම / බන්ධනාගාරගත

06. අයදුම්කරුගේ රැකියාව : .....

07. මාසිකව සෑම අපූර්වත්ම ලැබෙන ආදායම : .....

08. 1. පදිංචි නිවස පිහිටි අඩම තමන්ට අයිතිද? ඔව් / නැත

2. තොරසේ නම් අයිතිකරුගේ නම සහ ලිපිනය : .....

3. කුලී නිවසක් නම් මාසික කුලිය : .....

09. මාධ්‍ය : පිංතල / දෙමළ / ඉංග්‍රීසි

10. දැනට ඵදිනෙදා කටයුතු වලට මුදල් ලැබෙන ප්‍රමාණය : .....

11. පවුලේ වස්තූන්

| නම | නැසාම | වයස | රැකියාව | අධ්‍යාපනය | වෘත්තීය පුහුණුවීම හා හැකියාවන් |
|----|-------|-----|---------|-----------|--------------------------------|
| 1. |       |     |         |           |                                |
| 2. |       |     |         |           |                                |
| 3. |       |     |         |           |                                |
| 4. |       |     |         |           |                                |
| 5. |       |     |         |           |                                |
| 6. |       |     |         |           |                                |
| 7. |       |     |         |           |                                |
| 8. |       |     |         |           |                                |

12. පවුලේ අයෙකු මහජනාධාර / ස්පය / ප්‍රාදුරු රෝගාධාර ලබා ගනීද? ඔව් / නැත

13. " ඔව් " නම් ලබන මුදල ..... නැතිනම් අංකය ..... තැපැල් කාර්යාලය .....

14. මුදල් ලබාගැනීමට කැමති තැපැල් කාර්යාලය : .....

15. ගෙවීම් කරන ස්ථානයට යා නොහැකි තත්ත්වයක සිටින නම් කරනු ලබන නියෝජිතයාගේ ලිපිනය : .....

16. අයදුම්කරුගේ ආදර්ශ අත්සන : ..... නියෝජිතයාගේ ආදර්ශ අත්සන : .....

17. වෙනත් විස්තර : .....

18. ඉහත සඳහන් අය ..... ශ්‍රී.පේ.නී විසමේ ගෘහ අංක ..... යටතේ පදිංචි වී සිටී.  
ඉහත දත්ත ඇති විස්තර නිවැරදිය.

දිනය : .....

.....  
ශ්‍රීම නිලධාරී / වාර්තා කරන නිලධාරී

( වෙනත් විශේෂ තොරතුරු ඇත්නම් යටතේ කරන්න. )

පිළිකා කැලසීමේදී ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න

රෝගියා

පිළිකා

කැලසීමේදී

ප්‍රතිකාර ලබන රෝගල

බාහිර / තේවැසික

වෛද්‍ය සහතික අංකය :

දිනය :

විලාශ්‍ර කාලය

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම් කාඩ්පත් අංකය :

මුදල

රෝගී වීමට පෙර රැකියාව කල ස්ථානයේ ලිපිනය හා රැකියාව :

පවුලේ වෙන් අයෙකු පිළිකා කැලසීමේදී විශේෂ වෛද්‍යාධාර ලබන්නේ නම් කාඩ්පත් අංකය :

ප.පේ.නී නිරීක්ෂණය හා නිර්දේශය :- 20..... / ..... / ..... දින ස්ථානයට ගොස් පෞද්ගලිකව පරීක්ෂා කළෙමි. රෝගියාගේ කණ්ඩා අනුව රු: ..... ආධාර මුදලක් ලබා දීමට නිර්දේශ කරමි / නොකරමි. ( පිළිකා රෝගියෙක් නම් 1989. 08. 16 දිනැති 1604 වෛද්‍ය වාර්තාව හා බාහිරව ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා බව ( Out door ) සඳහන්ව ඇත්ද පරීක්ෂා කරන්න. )

රෝගියා

ප්‍රතිකාර ලබන රෝගල

වෛද්‍ය සහතික අංකය

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම්

කාඩ්පත් අංකය

පවුලේ වෙන් අයෙකු

පිළිකා කැලසීමේදී

.....  
ප.පේ.නිලධාරී / වැඩසටහන් සහකාර (ප.පේ)

.....  
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය,

.....  
ප්‍රාදේශීය ලේකම්

.....

.....

.....

.....