වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය
අග්‍රහාර රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය
ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

පෝරම අංක - 01 (S)

ඔබ අයත් යෝජනා ක්‍රමය ඉදිරියෙන් (√) සටහන් කරන්න

අග්‍රහාර සාමාන්‍ය	රිදී	රන්

ඔබට අදාල හිමිකම ඉදිරියෙන් (√) සටහන් කරන්න	
රජයේ රෝහලක	
පෞද්ගලික රෝහලක	
දරු උපතක්	
ඇස් කණ්නාඩි	
හෘද සැත්කමක්	
පිළිකා	
වෙනත් රෝග	

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- | | | | | | | | | | | | |

(ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පතේ ඡායා පිටපත ඇමිණීම අනිවාර්ය වේ)

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු

1.1 සම්පූර්ණ නම : (සිංහලෙන්) පූජ්‍ය. / මයා. / මිය. / මෙනෙවිය. :-

....

....

1.2 මුලකුරු සමග නම : (ඉංග්‍රීසියෙන්) Rev. / Mr. / Mrs. / Miss. :-

....

....

1.3 පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :-

....

....

1.4 පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්) :-

....

....

1.5 උපන් දිනය :- ....

1.6 දුරකථන අංකය : ස්ථාවර :- .... ජංගම :- ....

2. සේවා ස්ථානය පිළිබඳ තොරතුරු (අනිවාර්යයෙන් සම්පූර්ණ කල යුතුය)

2.1 සේවා ස්ථානයේ නම :- ....

....

2.2 ලිපිනය :- ....

....

2.3 තනතුර :- ....

2.4 සේවා ස්ථානයේ දුරකථන අංකය :- ....

3. කලත්‍රයාගේ තොරතුරු (අනිවාර්යයෙන් සම්පූර්ණ කල යුතුය)

3.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- | | | | | | | | | | | | |

3.2 නම :- ....

3.3 තනතුර :- ....

3.4 සේවා ස්ථානයේ නම :- ....

3.5 ලිපිනය :- ....

3.6 දුරකථන අංකය : ස්ථාවර :- .... ජංගම :- ....

4. **රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නේ සාමාජිකයා සඳහා නොවේ නම් අදාළ කොටසේ (√) යොදා සම්පූර්ණ කරන්න**

1) කලත්‍රයාට ☐ 2) දරුවන්ට ☐ 3) මවට ☐ 4) පියාට ☐

4.1 ඔහුගේ/ ඇයගේ නම :- ....

....

4.2 ඔහුගේ/ ඇයගේ උපන්දිනය :- .... වයස :- ....

4.3 රැකියාව :- ....

4.4 ඔහුගේ/ ඇයගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. **බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තරය**

(අයදුම්කරුගේ මාසික වේතනය බැර වන බැංකු ගිණුම විය යුතුය. පාස් පොතෙහි සහතික කල පිටපතක් අමුණා ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වේ)

5.1 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම :- ....

5.2 ගිණුම් අංකය :- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.3 බැංකුවේ නම :- .... බැංකු ශාඛාව :- ....

6. **මෙම අයදුම්පතට අදාල වියදම් ජනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ලබාගෙන ඇත්නම් එම විස්තර**

6.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය :- ....

....

6.2 ඉල්ලුම් කළ මුදල :- ....

6.3 හිමිකම් ලද මුදල :- ....

6.4 හිමිකම් අංකය/ යොමු අංකය :- ....

7. **රෝහල් ගතවූ / ඇස් කණ්ණාඩි මිලදී ගත් මාසයට පෙර මාස 3 ක වැටුප් විස්තර අමුණා,**

ඇත ☐ නැත ☐

(අන්තර් බැංකු ගෙවීම් ක්‍රමය (SLIPS) හරහා අදාළ මාස වල අග්‍රහාර අවකරණ ගිණුම්ගත කර ඇත්නම් වැටුප් විස්තර අවශ්‍ය නොවේ)

8. **අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය**

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මෙම හිමිකම්පෑම සඳහා ඉහත අංක 06 ට අදාලව වෙනත් ආයතනයකින්/ වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර හෝ මුදල් ලබාගෙන නොමැති බවත්, මාගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි ඇතුලත් තොරතුරු පුද්ගලයින් ලියාපදිංචි කිරීමේ දෙපාර්තමේන්තුව සමඟ තහවුරු කර ගැනීම සම්බන්ධයෙන් මාගේ විරෝධතාවයක් නොමැති බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

....

දිනය අයදුම්කරුගේ අත්සන

9. **ආයතනයේ ගණකාධිකාරීගේ සහතිකය**

ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල විසින් ඔබ ආයතනය වෙත ලබා දී ඇති ලිපි ගොනු අංකය :- (File Number)

☐☐☐☐☐☐

ඉහත විස්තර සඳහන් .... මහතා/ මහත්මියගේ මාසික වේතනය .... බැංකුවේ .... ශාඛාවේ අංක .... දරණ ගිණුමට බැර වන බව මෙයින් සහතික කරමි.

අත්සන :- ....

නම :- ....

.... තනතුර :- ....

දිනය (නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ)

10. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

ඉහත විස්තර සඳහන් .... මහතාගේ/ මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශ කර මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ/ ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා/ ප්‍රතිලාභියා රෝහලෙන් බැහැර වූ දිනයට අදාළ මාසයට පෙර මාසය වන 20........ වර්ෂයේ ....මාසයට අදාළ මාසික අග්‍රහාර රක්ෂණ දායක මුදල වන රුපියල් ....අයකර ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රජින ශාඛාවේ **033-2001-2246-7951 / 033-1007-8246-7951** දරණ ගිණුමට චෙක්පත් මගින්(චෙක්පත් අංකය :- ....) / SLIPS මගින් බැර කළ රුපියල් .... යන මුළු මුදලට ඇතුලත් කර ඇති බව මෙයින් සහතික කරමි.

අත්සන :- ....

නම :- ....

....

දිනය

තනතුර :- ....

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ)

11. රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා/ අක්ෂි වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

Should be filled by the Medical Officer/ Surgeon/ Eye Surgeon of the Patient.

(රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි/ ඇස් පරීක්ෂා කරන ලද වෛද්‍ය වට්ටෝරුවෙහි සඳහන් පරිදි ම රෝගියාගේ නම, රෝහලට ඇතුලත් වූ දිනය හා බැහැර වූ දිනය/ ඇස් පරීක්ෂා කළ දිනය පැහැදිලිව සඳහන් කර මෙම කොටස සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය බව කරුණාවෙන් සලකන්න)

(Please note that it is compulsory to fill this section clearly stating the name of the patient, the date of admission and the date of discharge/ date of eye testing as mentioned in the diagnosis card and eye testing prescription)

11.1 රෝගියාගේ නම :-

....

Name of the Patient :-

....

11.2 රෝගියාගේ රෝග නිශ්චය :-

....

Diagnosis of Disease :-

....

(ඇස් කණ්නාඩි හිමිකම් සඳහා 11.3 සහ 11.4 යන කොටස් අදාළ නොවේ)
(Sections 11.3 & 11.4 is not apply to Spectacle Claims)

11.3 ඇඳ ඉහපත් අංකය :- ....

Bed Head Ticket(BHT) :- ....

11.4 රෝහලට ඇතුලත් කලේ නම්,

ඇතුලත් කල දිනය :- ....

පිටවූ දිනය :- ....

If admitted to the hospital,

Date of Admission :- ....

Date of Discharge :- ....

11.5 ඇස් පරීක්ෂා කළ දිනය :- ....

Date of Eye Tested :- ....

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා/ අක්ෂි වෛද්‍යවරයා මා බවත්, මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධ වූ සේවාව මා විසින් ලබා දුන් බවත් සහතික කරමි.

I hereby certify that I am the Medical Officer/ Surgeon/ Eye Surgeon of the above named patient and certify that above service is given by me.

....

දිනය/ Date

....

රෝගියාට ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ /
විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature of Medical Officer / Surgeon /
Eye Surgeon with Rubber Stamp

(සටහන : අයදුම්පතේ විමසා ඇති සියලුම තොරතුරු සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය වේ. විෂයභාර නිලධාරියා විසින් පිරික්සුම් ලැයිස්තුව (Check List) අයදුම්පත සමග ඉදිරිපත් කල යුතුය)

අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්

(මෙම අයදුම්පත රෝහල් ගතවීම, හෘද සැත්කම්, දරු උපත්, ඇස් කණ්නාඩි, පිළිකා හා වකුගඩු ආදි රෝග වලට අදාළ හිමිකම් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි)

1. රෝහලින් පිටව දින 90 ක් ඇතුලත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත ලැබිය යුතුය.

2. ඔබ අප වෙත ඉදිරිපත් කරන ලිපිලේඛන වල ඡායා පිටපත් සෑම විටම ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කළ යුතුය.
(අඩුපාඩු සම්පූර්ණ කිරීමේදී ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය සඳහන් කිරීම අනිවාර්ය වේ)

3. ස්වාමිපුරුෂයා සහ භාර්යාව යන දෙදෙනාම අග්‍රහාර සාමාජිකයන් නම්,

3.1 හිමිකම්පත රෝගියා වූ සාමාජිකයාම ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
3.2 දරුවන් වෙනුවෙන් හිමිකම් ඉල්ලුම් කළ යුතු වන්නේ එක් සාමාජිකයෙකු විසින් පමණි.

4. යැපෙන්නන් සඳහා හිමිකම් අයදුම්පත ඉදිරිපත් කිරීමේදී පහත ලේඛන වල සහතික කළ ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

4.1 සාමාජිකයා විවාහක නම්,

4.1.1 කලත්‍රයා සඳහා විවාහ සහතිකයේ ඡායා පිටපතක්
4.1.2 දරුවන් සඳහා උප්පැන්න සහතිකයේ ඡායා පිටපතක්
(දරුවා වයස අවුරුදු 21 ට අඩු, අවිවාහක සහ රැකියාවක් නොකරන්නෙකු විය යුතුයි)
4.1.3 වයස අවු:16 ට වැඩි දරුවන් සඳහා ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි ආයතන ප්‍රධානියා සහතික කළ ඡායා පිටපත

4.2 සාමාජිකයා අවිවාහක නම්,
සාමාජිකයාගේ මව සහ පියා සඳහා (මව/ පියා - වයස අවුරුදු 70 ට අඩු විය යුතුය.)

4.2.1 සාමාජිකයාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ හා ජාතික හැඳුනුම්පතේ ආයතන ප්‍රධානියා සහතික කළ ඡායා පිටපත්
4.2.2 මවගේ/ පියාගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි ආයතන ප්‍රධානියා සහතික කළ ඡායා පිටපතක්
4.2.3 අවිවාහක බව තහවුරු කිරීම සඳහා ආයතන ප්‍රධානියාගේ ලිපියක්

5. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන කාරණය සඳහා වෙනත් ආයතනයකින් රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ලබා ඇති විට, අග්‍රහාර ප්‍රතිලාභ ද ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන්නේ නම්, එම ආයතනය මගින් ගෙවීම් කරන ලද මුදල සඳහන් ලිපියක් සමග සියලු බිල්පත් වල/ කුවිතාන්සි වල සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ.

6. නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කළ අයදුම්පත සමග පහත ලිපි ලේඛන ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

6.1 සියළුම හිමිකම් සඳහා,

6.1.1 රෝග නිශ්චය කාඩ්පතේ (Diagnosis Card) මුල් පිටපත හෝ සහතික කළ ඡායා පිටපතක්
(නම, රෝහලට ඇතුලත් වූ හා පිට වූ දිනය, ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි)
6.1.2 පෞද්ගලික රෝහලක නම් අත්තිකාරම් මුදලට අදාළ ලදුපත(Receipt of the Advance Payment), අනෙකුත් මුදල් ගෙවූ ලදුපත්(Receipts), විස්තරාත්මක බිල (Final Bill) වල මුල් පිටපත්
6.1.3 පෞද්ගලික රෝහල් වලින් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමේදි සෑම වියදමක්ම විස්තරාත්මකව බිල්පතේ වර්ග කර දක්වා තිබිය යුතු අතර රෝගියාගේ ජාතික හැඳුනම්පත් අංකය අනිවාර්යයෙන්ම සඳහන් විය යුතුය.
6.1.4 වෛද්‍යවරයාගේ වියදම් දැක්වීමේ දී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාට හා අනෙකුත් වෛද්‍යවරුන්ට කළ වියදම් වෙන වෙනම දැක්විය යුතුයි.
6.1.5 විවිධ රෝහල්ගතවීම් අවස්ථා සඳහා වෙන වෙනම අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කල යුතු අතර තනි අයදුම්පතක අමුණා එවන එකකට වැඩි රෝග නිශ්චය කාඩ්පත් හිමිකම් ගෙවීම් සඳහා අදාළ කර ගනු නොලැබේ.
6.1.6 දරු ප්‍රසූතියකදී (අවස්ථා දෙකකදී පමණක් ගෙවනු ලැබේ.)
6.1.6.1 රජයේ රෝහලක රෝග නිශ්චය කාඩ්පත ලබා නොදෙන්නේ නම් උපත් විස්තර පත්‍රිකාව හෝ ගර්භණී සටහන් පත්‍රයෙහි සහතික කල පිටපතක් (රෝහලට ඇතුලත් කල දිනය හා පිටවූ දිනය සඳහන් විය යුතුය.)
6.1.7 ඇස් කණ්නාඩි සඳහා (මුල් පිටපත් ලබා දිය යුතුයි)
6.1.7.1 පෞද්ගලික රෝහලක වෛද්‍යවරයෙකු ඇස් පරික්ෂා කලේ නම් වෛද්‍යවරයාගේ වට්ටෝරුව(වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුය.)
6.1.7.2 රජයේ රෝහලක වෛද්‍යවරයෙකු ඇස් පරික්ෂා කලේ නම් වෛද්‍යවරයාගේ වට්ටෝරුව(වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුය.)
6.1.7.3 ඇස් කණ්නාඩි සඳහා ලදුපතේ මුදල් ගෙවූ බව (Paid) සටහන් කර ආයතනයේ නිල මුද්‍රාව තබා තිබිය යුතුය.
6.1.7.4 අවුරුදු 03කට වරක් රක්ෂිතයාට පමණක් ගෙවනු ලැබේ.
6.1.7.5 කණ්නාඩිය මිලදී ගත් බිල් පතේ දින සිට දින 90 ක් ඇතුලත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත යොමු කළ යුතුය.

7. පෞද්ගලික රෝහල් හිමිකම් සඳහා හිමිකම් ඉදිරිපත් කිරීමේදී එම රෝහල් වලින් නිකුත් කරනු ලබන සියළුම බිල්පත් සහ රිසිට්පත් (Final Bill and Receipts) පරිඝණක මුද්‍රිත විය යුතු අතර අත් අකුරින් ලියන ලද බිල්පත් සහ රිසිට්පත් (Final Bill and Receipts) සඳහා හිමිකම් ගෙවීම සිදු කරනු නොලැබේ.

(ඉතා වැදගත් : බිල්පත්වල සහ ලදුපත්වල මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වන අතර සහතික කරන ලද හෝ වෙනත් බිල්පත් වල ඡායා පිටපත් සඳහා හිමිකම් ගෙවනු නොලැබේ. වෙනත් ආයතනයකින් මුදලක් ප්‍රතිපූර්ණය කර ඇති විටක ශේෂ හිමිකම ලබාගැනීමේදි මෙය අදාළ නොවේ)

නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරන ලද හිමිකම් අයදුම්පත සමග අවශ්‍ය ලිපිලේඛන එකවර නිවැරදිව ඉදිරිපත් කිරීමෙන් අග්‍රහාර රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ කඩිනමින් ලබාගත හැකි බව සලකන්න.