



**හාද සැත්කම්, වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම්, මොළයේ සැත්කම්
වෙනුවෙන් වගකීම් සහතිකයක් ලබා ගැනීම සඳහා අයදුම් පත්‍රය
(අර්ධ රාජ්‍ය සාමාජිකයාට පමණි)**



පෝරම අංක - 15 (S)

ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

(අයදුම්පතේ විමසා ඇති සියලුම තොරතුරු සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය වේ)

ඔබ අයත් යෝජනා ක්‍රමයට (✓) සටහන් කරන්න	
රිදී	රන්

අදාළ සැත්කම ඉදිරියෙන් (✓) සටහන් කරන්න	
හාද සැත්කම	
වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම	
මොළයේ සැත්කම	

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු

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

.....
.....

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

.....
.....

1.3. පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :-

.....
.....

1.4. පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්) :-

.....
.....

1.5 උපන් දිනය :-

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

විශ්‍රාම යාමට නියමිත දිනය :-

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

2.1 සේවා ස්ථානයේ නම :-

2.2 ලිපිනය :-

2.3 තනතුර :-.....

2.4 සේවා ස්ථානයේ දුරකථන අංකය :-

3. හාද/ මොළය/ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම් සඳහා ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙතින් මීට පෙර හිමිකම් ලබා ගෙන

ඇත නැත

ලබා ගත්තේනම් ලබා ගත් සැත්කම්,

සැත්කම් වර්ගය..... දිනය..... මුදල.....

සැත්කම් වර්ගය..... දිනය..... මුදල.....

සැත්කම් වර්ගය..... දිනය..... මුදල.....

4. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. මාගේ සැත්කමට අදාළ හිමිකම වන රු:..... ක මුදල

..... (රෝහලේ/ ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය)

වෙත ගෙවීම සම්බන්ධයෙනුත්, මාගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි ඇතුළත් තොරතුරු පුද්ගලයින් ලියාපදිංචි කිරීමේ දෙපාර්තමේන්තුව සමඟ තහවුරු කර ගැනීම සම්බන්ධයෙනුත් මාගේ විරෝධතාවයක් නොමැති බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

5. ආයතනයේ ගණකාධිකාරීගේ සහතිකය

(File Number)

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

--	--	--	--	--	--

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

.....
දිනය

අත්සන :-
නම :-
තනතුර :-
(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ)

6. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

ඉහත විස්තර සඳහන් මහතාගේ/ මහත්මියගේ වගකීම් සහතිකය ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශ කර මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ/ ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. සාමාජිකයා වගකීම් සහතිකය ඉල්ලුම් කරන දිනට පෙර මාසය වන 20..... වර්ෂයේ මාසයට අදාළ මාසික අග්‍රහාර රක්ෂණ දායක මුදල වන රුපියල් අයකර ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ රැජින ශාඛාවේ 033-1002-3246-7951 දරණ ගිණුමට වෙක්පත් මගින්(වෙක්පත් අංකය :-)/ SLIPS මගින් බැර කළ රුපියල් යන මුළු මුදලට ඇතුළත් කර ඇති බව මෙයින් සහතික කරමි.

.....
දිනය

අත්සන :-
නම :-
තනතුර :-
(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ)

අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු ලිපි ලේඛණ

1. වගකීම් සහතිකය ඉල්ලුම් කිරීමට පෙර මාස 03 තුළ අග්‍රහාර දායක මුදල් අයකර එවන ලද චෙක්පත්/ SLIPS අංක ඇතුළත්, ආයතන ප්‍රධානියා විසින් නිකුත් කරන ලද ලිපිය(ආයතනයේ ලිපි ශීර්ෂයකම විය යුතුය)
2. වගකීම් සහතිකය ඉල්ලුම් කිරීමට පෙර මාස 03ක ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කරන ලද වැටුප් විස්තර (Pay Sheet)
3. විශ්‍රාම යාමට නියමිත දිනයද ඇතුළත්ව ආයතන ප්‍රධානියා විසින් නිකුත් කරන ලද සේවා සහතිකය (ආයතනයේ ලිපි ශීර්ෂයකම විය යුතුය)
4. හෘද/ මොළය/ වකුගඩු සැත්කම් සඳහා වන පූර්ව වෛද්‍ය නිර්දේශය
5. හෘද/ මොළය/ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම් සඳහා විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා විසින් නිකුත් කරන ලද නිර්දේශ වාර්තාව
6. පෞද්ගලික රෝහලක සැත්කම සිදු කරන විටකදී රෝහල විසින් නිකුත් කරන ලද ඇස්තමේන්තු ලිපිය (Letter of Estimate)
7. රජයේ රෝහලක සැත්කම සිදු කරන්නේ නම් උපකරණ ලබා ගන්නා ආයතනයේ ඇස්තමේන්තු ලිපිය (Letter of Estimate) සහ ඒ සඳහා විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා විසින් නිකුත් කරන ලද වෛද්‍ය වට්ටෝරුව (Prescription)
8. ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පතේ පිටපතක්
9. වගකීම් ලිපිය ලබා ගැනීමට සාමාජිකයා හැර වෙනත් අයෙකු පැමිණෙන්නේ නම් එම පුද්ගලයාගේ නම හා ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය සඳහන් කර සාමාජිකයා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලිපිය
10. ඉහත සඳහන් ලිපි ලේඛන සියල්ලෙහිම අමතර ඡායා පිටපත් කට්ටලයක්