



# වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය අර්ධ රාජ්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය - හදිසි අනතුරු ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල



පෝරම අංක - 14 (S)

(අයදුම්පත පිරවීමට පෙර මේ සමඟ ඇති උපදෙස් පත්‍රිකාව කියවන්න, අයදුම්පතේ විමසා ඇති සියලුම තොරතුරු සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය වේ)

දැනුම් දීම් අංකය : .....  
දිනය : .....  
හිමිකම් අංකය: NITF/S

## 01. රක්ෂිතයා පිළිබඳ තොරතුරු

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

සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්): Rev. / Mr. / Mrs. / Miss.:- .....

1.2 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

(ජාතික හැඳුනුම්පතේ සහතික කළ ජායා පිටපතක් ඇමිණිය යුතුයි)

1.3 පෞද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :- .....

පෞද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්) :- .....

1.4 උපන් දිනය :- .....

1.5 දුරකථන අංකය : ස්ථාවර :- ..... රාජකාරි :- .....

1.6 ඊ- මේල් ලිපිනය :- .....

## 02. 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 :- .....

## 03. හදිසි අනතුරු පිළිබඳ විස්තර

3.1 හදිසි අනතුර සිදුවූ දිනය :- .....

3.2 ස්ථානය :- ..... වේලාව :- .....

3.3 හදිසි අනතුර සිදුවූ ආකාරය කෙටියෙන් :- .....

3.4 හදිසි අනතුර දැන්වූ පොලිස් ස්ථානය :- .....

**04. හදිසි අනතුර හේතු කොටගෙන රෝහල් ගතව සිටියේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර**

- 4.1 ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝහල :- .....
- 4.2 රෝහල් ගතව සිටි කාල සීමාව :- .....
- 4.3 වෛද්‍යවරයා විසින් නිර්දේශිත නිවාඩු කාල සීමාව :- .....
- 4.4 අනතුර හේතුවෙන් ඔබට සිදුවූ හානිය :- .....

**05. බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තරය (අයදුම්කරුගේ මාසික වේතනය බැර වන බැංකු ගිණුම විය යුතුය, පාස් පොතෙහි සහතික කළ පිටපතක් අමුණා ඉදිරිපත් කළ යුතුය)**

- 5.1 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම :- .....
- 5.2 ගිණුම් අංකය :- 

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

**06. 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.

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

.....  
 දිනය

**07. 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.

අනතුර සිදුවීමට පෙර මාසය වන 20..... වර්ෂයේ ..... මාසයට අදාළ මාසික අග්‍රභාර 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.

- 7.1 අනතුර පිළිබඳව නිලධාරියා විසින් මෙම කාර්යාලයට ..... දින වාර්ථා කර ඇත.
- 7.2 අනතුරින් පසු සේවයට වාර්තා කළ දිනය වන්නේ .....
- 7.3 වෛද්‍යවරයා විසින් නිවාඩු නිර්දේශ කාල පරිච්ඡේදය ..... සිට ..... දක්වා
- 7.4 අනතුරින් පසු සේවයට වාර්තා කළ නොහැකි නම්, ඒ පිළිබඳ සටහන

.....

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

.....  
 දිනය

# Medical Certificate

In respect of the Accident pertaining to .....  
I hereby certify that I have examined the above named who was injured in the Accident described overleaf  
and that the injuries were as follows.

1. Regions Injured?  
.....  
.....  
(If limb state whether right or left)
2. Nature and extent of injuries?  
.....  
.....
3. (a) State as fully as possible the cause of the accident?  
.....  
.....  
(b) Is the appearance of the injury consistent there with?  
.....  
.....
4. Is there any connection between the present disablement and any disease or previous disability, If so what?  
.....
5. Is surgical interference necessary or likely to become so?  
.....  
.....
6. (a) Is the patient now or was he at the time of the accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury?  
.....  
.....  
(b) If so state the nature there of?  
.....  
(c) The probable duration thereof and the extent to which it has affected the patient's recovery?  
.....  
.....
7. Will the injury in your opinion, result in permanent disablement?  
.....  
.....
8. (a) Are the injuries such that will totally disable the patient from engaging in or giving attention to his/her profession or occupation?  
.....  
.....  
(b) Are the injuries such that will partially disable the patient from engaging in or giving attention to his/her profession or occupation?  
.....
9. upon what date did you first see and examine the insured after the accident described here in?  
.....  
.....

---

## N: B: - Temporary Total Disablement (Medical Leave)

(Arises when the claimant is rendered completely incapable of attending to any part of his ordinary profession, business or occupation) I further certify that he/she has been totally disabled by the above injuries received due to the accident from the ..... day of ..... to the ..... day of ..... and that he/she is likely to be disabled for .....

### Temporary partial disablement (Light Duty)

9.1 I further certify that he/she is partially disabled by the above injuries received due to the accident from the ..... day of ..... and is unable to perform his/her normal duties as specified in the form perfected by the employer and submitted by the claimant and that he/she is likely to be so disabled for ..... from .....

Signed :- .....

Designation :- .....

Address :- .....

.....

## අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්

1. හදිසි අනතුරු රක්ෂණවරණය මගින් රක්ෂිතයා පමණක් ආවරණය වේ.
2. අනතුරින් පසු නැවත සේවයට වාර්තාකර දින 90 ක් ඇතුළත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණභාර අරමුදල වෙත ලැබිය යුතුය.
3. ඔබ අප වෙත යොමුකරන සෑම ලිපි ලේඛණයකම ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය පැහැදිලිව නිවැරදිව ලිවීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ.
4. ලිපි ලේඛණ වල ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කරන සෑම විටම ආයතන ප්‍රධානියා විසින් ඒවා සහතික කළ යුතුවේ.
5. අයදුම්පත සමග ඇති වෛද්‍ය සහතික ඔබට ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.
6. නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කළ අයදුම්පත සමග පහත සඳහන් ලිපි ලේඛණ ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ.
  - 6.1 ගණකාධිකාරීවරයා විසින් සහතික කළ අනතුරට පෙර මාස තුනක වැටුප් විස්තර.
  - 6.2 අනතුරට පෙර මාස තුනක සිට හදිසි අනතුරට මුහුණදුන් දිනය දක්වාම රක්ෂණ වාරික අඛණ්ඩව ගෙවූ බවට ගණකාධිකාරීගේ සහතිකය/ පරිගණක පරීක්ෂාව සඳහා වෙක්පත් විස්තර ද සමග ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ.(රක්ෂණවරණය ලබාගත් දින අනුව මෙය වෙනස් විය හැක)
  - 6.3 නිවාඩු අනුමත කිරීමේ වෛද්‍ය සහතික.
  - 6.4 වෛද්‍ය මණ්ඩල වාර්තාව(මාස තුනකට වැඩියෙන් නිවාඩු ලබා ඇත්නම්)
  - 6.5 හදිසි අනතුරු සනාථ කළ හැකි වෙනත් වෛද්‍ය හා පොලිස් වාර්තා.
  - 6.6 රියදුරු බලපත්‍රයේ ආයතන ප්‍රධානියා සහතික කළ ජායා පිටපත. (රිය අනතුරකදී රියදුරු රක්ෂිතයා වේ නම්)
  - 6.7 අනතුරින් පසු සේවයට වාර්තා කිරීමේ දිනය සඳහන් ආයතන ප්‍රධානියාගේ ලිපිය.
  - 6.8 රෝහල් ගත වූ කාලයට අදාල රෝග නිශ්චය කාඩ්පත් වල ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කරන ලද පිටපත් යොමුකළ යුතුය.
  - 6.9 හිමිකම් බාරදීමෙන් පසුව අඩුපාඩු සම්පූර්ණ කිරීමේදී ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය සඳහන් කරන්න.
7. අනතුරින් පසු සේවයට වාර්තා කළ නොහැකි නම් වෛද්‍ය මණ්ඩල වාර්තාව නිකුත් කළ දින සිට දින 90ක් ඇතුළත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණභාර අරමුදල වෙත ලැබිය යුතුය.