

14. මුදල් ලබාගැනීමට කැමති තැපැල් කාර්යාලය :

15. ගෙවීම් කරන ස්ථානයට යා නොහැකි තත්වයක සිට නම් කරනු ලබන නියෝජිතයාගේ ලිපිනය :
.....
.....

16. අයදුම්කරුගේ ආදර්ශ අත්සන : නියෝජිතයාගේ ආදර්ශ අත්සන :

17. වෙනත් විස්තර :

18. ඉහත සඳහන් අය ග්‍රා.සේ.නි වසමේ ගෘහ අංක යටතේ පදිංචි වී සිටී.
ඉහත දක්වා ඇති විස්තර නිවැරදිය.

දිනය :

.....
ග්‍රාම නිලධාරී / වාර්තා කරන නිලධාරී

(වෙනත් විශේෂ තොරතුරු ඇත්නම් සටහන් කරන්න.)

පිළිකා තැලසිමියා ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න

රෝගය

පිළිකා

තැලසිමියා

ප්‍රතිකාර ලබන රෝහල

බාහිර / නේවාසික

වෛද්‍ය සහතික අංකය :

දිනය :

වලංගු කාලය

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම් කාඩ්පත් අංකය :

මුදල

රෝගී වීමට පෙර රැකියාව කල ස්ථානයේ ලිපිනය හා රැකියාව :

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

ස.සේ.නි නිරීක්ෂණය හා නිර්දේශය :- 20..... / / දින ස්ථානයට ගොස් පොද්ගලිකව පරීක්ෂා කළෙමි. රෝගියාගේ තත්වය 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.)

.....
ස.සේ නිලධාරී / වැඩසටහන් සහකාර (ස.සේ)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය,

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්

අනුමත කරමි / නොකරමි

.....
සමාජ සේවා පළාත් අධ්‍යක්ෂ