

14. මුදල් ලබාගැනීමට කැමති තැපැල් කාර්යාලය:

15. ගෙවීම් කරන ස්ථානයට යා නොහැකි තත්වයක සිට තම කරනු ලබන නියෝජිතයාගේ නම හා 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 නිලධාරියා

(වෙනත් විශේෂ තොරතුරු ඇත්නම් සටහන් කරන්න.)

පිළිකා තැලසීමියා ආධාර සඳහා පමණක් පුරවන්න.

රෝගය පිළිකා තැලසීමියා රෝගී වූ දිනය

ප්‍රකාශකර ලබන රෝහල බාහිර/භේවාසික

වෛද්‍ය සහතික අංකය: දිනය: වලංගු කාලය

මීට පෙර ආධාර ලබා ඇත්නම් කාඩ්පත් අංකය: මුදල

රෝගී විමට පෙර රුකියාව කල ස්ථානයේ ලිපිනය හා රුකියාව:

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

ස.සේ.නිලධාරී නිරීක්ෂණය 20...../...../..... දින ස්ථානයට ගොස් පෞද්ගිකව පරීක්ෂා කළෙමි. රෝගියාගේ තත්වය අනුව රු: ආධාර මුදලක් ලබාදීමට 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

අමාත්‍යාංශ උපදේශන කාරක සභාවේ අනුමැතිය පරිදි පත්කර ඇති විශේෂ කමිටුවේ නිර්දේශය.

1. 2. 3.

අනුමත කරමි/නොකරමි.