



ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

වෛද්‍ය හා රෝහල් ශාස්ත්‍ර හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය
අනුභාර රැකවරණ රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය. (විශ්‍රාමික)

දැනුම් දීමට අවශ්‍ය
කෙටි පණිවුඩ (SMS) ☐ හෝ
තැපැල් ☐
(අවශ්‍ය මාධ්‍යය ලකුණු කරන්න)

ඔබගේ හිමිකම් අදාළ වන්නේ ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න.	
වෙනත් රෝග මත	රජයේ රෝහල් හතරවිම පෞද්ගලික රෝහල් හතරවිම
තාද සැත්කමක්	
පිළිකා රෝග	
වකුණු රෝග	

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
(ජායා පිටපත අමුණාන්න)

විශ්‍රාම වැටුප් අංකය

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු:-

- 1.1 සම්පූර්ණ නම:- (සිංහලෙන්) පුරුෂ / මයා / මිය / මෙහෙවිය
.....
මුලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්).....
- 1.2 පුද්ගලික ලිපිනය : (සිංහලෙන්):-.....
- 1.2 පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්).....
- 1.3 උපන් දිනය:-
- 1.4 දුරකථන අංකය :- නිවස..... ජංගම:.....

2. ඔබ රැකියාව කරන ලද ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය.....
.....

3. කලත්‍රයාගේ තොරතුරු

- 3.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
- 3.2 නම:.....
- 3.3 සේවා ස්ථානයේ නම සහ ලිපිනය:.....
.....

4. බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය:-

- 4.1 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම:.....
- 4.2 ගිණුම් අංකය
- 4.3 බැංකුවේ නම:..... බැංකු ශාඛාව:.....

5. මෙම අයදුම් පතට අදාළ වියදම් පනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර.

- 5.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය:.....
.....
- 5.2 ගෙවූ මුදල:.....
- 5.3 හිමිකම් අංකය / යොමු අංකය:.....

6. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මම හෝ මගේ කලත්‍රයා මෙම හිමිකම්පෑම ඉහත 05 ජේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් හෝ ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර හෝ නොමැති බව මම මෙයින් සහතික වෙමි.

7. ග්‍රාම නිලධාරියා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය. (අනවශ්‍ය වුවන කපා හරින්න.)

ඉහත විස්තර සඳහන් මහතා/ මහත්මියගේ
රෝහල් ගතවීම පිළිබඳ ලිපි ලේඛන සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ඔහුගේ / ඇයගේ රක්ෂණ හිමිකම් අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශ කර
මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි.

අත්සන:.....

නම:.....

ග්‍රාම නිලධාරී වසම් / අංකය:.....

දිනය:.....

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍යයි)

අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු ලිපි ලේඛණ

01. රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි සහතික කළ පිටපත

(රෝගියාගේ නම, රෝහලට ඇතුළත් වූ දිනය හා රෝහලින් බැහැරවූ දිනය හා ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව සඳහන් විය යුතුය.)

02. රෝහල් ගතවී කාලයට අදාළව වෛද්‍ය නිර්දේශ මත මිලදී ගත් ඖෂධ හෝ වෛද්‍ය පරීක්ෂණවලට අදාළ බිල්පත් වල මුද්
පිටපත් හා වෛද්‍ය නිර්දේශ.

03. පෞද්ගලික රෝහලක නේවාසික ප්‍රතිකාර ගැනීමක් නම් ඊට අදාළව මුදල් ගෙවන ලද අත්තිකාරම් රසීඩ්පත් (Deposit Receipts)
විස්තරාත්මක බිල්පත (Final Bill) අවසාන ගෙවීමට අදාළව රසීඩ්පත් (Final Cash Payment Receipt)

{ ඉතා වැදගත්: බිල්පත්වල මුද් පිටපත් ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වන අතර සහතික කරනලද හෝ වෙනත් බිල්පත් වල ඡායා
පිටපත් සඳහා හිමිකම් ගෙවනු නොලැබේ.
වෙනත් ආයතනයකින් මුදලක් ප්‍රතිපූර්ණය කර ඇති විටක ශේෂ සහතිකය ලබාගැනීමේදී මෙම නීතිය අදාළ නොවේ. }

04. ඔබගේ බැංකු නිඤ්ඤ පිටපතක්.

05. විශ්‍රාම වැටුප් කාඩ්පතෙහි පිටපතක්.

06. ජාතික හැඳුනුම්පතේ පිටපතක්.

වෙනත් උපදෙස්

1. අයදුම්පත රෝහලින් බැරවී දින 90ක් ඇතුළත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලවෙත යොමුකළ යුතුය.

2. ඔබ විසින් ඉදිරිපත් කරනලද ලිපිලේඛණ වල පිටපත් ග්‍රාමනිලධාරී මගින් පමණක් සහතික කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය,
දෙපාර්තමේන්තුවේ ප්‍රධානියා විසින් නම් කරන ලද බලධාරියා ආයතන ප්‍රධානියා ලෙස පිළිගනු ලැබේ.

3. අනුභාර රැකවරණ රක්ෂණ යොජනා ක්‍රමය යටතේ රෝහලක නේවාසිකව ලබාගන්නා ප්‍රතිකාර සඳහා පමණක් ප්‍රතිලාභ ගෙවීම්
කරන අතර සාමාජිකයාට පමණක් මෙම රක්ෂණ යොජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ගෙවනු ලැබේ.

4. නිසිපරිදි සම්පූර්ණ කරනලද හිමිකම් අයදුම්පත සමග අවශ්‍ය ලිපිලේඛන එකවර නිවැරදිව ඉදිරිපත් කිරීමෙන් කඩිනමෙන් හා
ප්‍රමාදයකින් තොරව හිමිකම් ප්‍රතිලාභ ලබාගත හැකි බව සලකන්න.