

දස සිල් මෑණියන් වහන්සේලාගේ සුභසාධන වැඩසටහන

**දස සිල් මෑණියන් වහන්සේලාගේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ ක්‍රමය -  
වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය**

ආරාමයේ කේතය	
සමායෝජක නිලධාරී විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය	

**දැනුම් දීමට අවශ්‍ය**

කෙටි පණිවුඩ ( SMS )

හෝ

තැපැල්

( අවශ්‍ය මාධ්‍යය ලකුණු කරන්න)

ඉල්ලුම්කාර දස සිල් මෑණියන් වහන්සේගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය ( ඡායා පිටපත අමුණන්න)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

දස සිල් මෑණියන් වහන්සේගේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ ක්‍රමයේ ලියාපදිංචි අංකය

ඔබගේ හිමිකම් අදාළ තීරුව ඉදිරියෙන් ( <input type="checkbox"/> ) දමන්න	
පෞද්ගලික රෝහලක	<input type="checkbox"/>
පෞද්ගලික ආයුර්වේද රෝහලක	<input type="checkbox"/>
රජයේ රෝහලක	<input type="checkbox"/>
රජයේ ආයුර්වේද රෝහලක	<input type="checkbox"/>
විශේෂිත ප්‍රතිලාභ	<input type="checkbox"/>
.....	

1. ඉල්ලුම්කාර දස සිල් මෑණියන් වහන්සේ පිළිබඳ තොරතුරු :-

1.1 සම්පූර්ණ නම ( සිංහලෙන් ) :- .....

.....  
( ඉංග්‍රීසියෙන් - කැපිටල් අකුරින් ) :- .....

1.2 වැඩ වාසය කරන ආරාමයේ ලිපිනය

( සිංහලෙන් ) :- .....

.....  
( ඉංග්‍රීසියෙන් - කැපිටල් අකුරින් ) :-.....

.....  
1.3 උපන්දිනය :- .....

1.4 දුරකතන අංකය :-.....  
ආරාමය :- .....පෞද්ගලික:- .....

2. හිමිකම් ඉල්ලීම් පිළිබඳ විස්තරය :-

2.1 හිමිකම් ඉල්ලා සිටින රෝගී තත්ත්වය :- .....  
( සහතික කල රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි පිටපත අමුණන්න.)

2.2 ඉල්ලා සිටිනු ලබන හිමිකම් මුදල :- රු .....

**( හිමිකම් ඉල්ලා සිටිනු ලබන බිල්පත්වල මුල් පිටපත් සහ මුදල් ගෙවූ රිසිට්පත්වල මුල් පිටපත් අමුණා එවීම අනිවාර්යය වේ. මුල් පිටපත් නොමැති ඉල්ලුම් පත්‍ර ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ. )**

3. බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තරය ( සහතික කල ඡායා පිටපතක් මගින් සනාථ කරන්න)

3.1 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් නම :- .....

3.2 බැංකුවේ නම :- .....බැංකු ශාඛාව :- .....

3.3 ගිණුම් අංකය :- .....

4. මෙම අයදුම්පතට අදාල වියදම ජනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් රජයට අනුබද්ධ ආයතනයකින් හෝ පෞද්ගලික රක්ෂණ ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර :-

4.1 ආයතනයේ නම හෝ ලිපිනය - .....

4.2 ඉල්ලුම් කල මුදල / ලද මුදල- .....

4.3 හිමිකම් අංකය/ යොමු අංකය - .....

5. අයදුම්කරන දස සිල් මැණියන් වහන්සේගේ ප්‍රකාශය :-

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මෙම ඉල්ලුම් කිරීම ඉහත 04 ඡේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් රක්ෂණ ක්‍රමයකින් ලබා ගෙන

නොමැති බවත්, ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර හෝ නොමැති බවත් මා රජයේ රැකියාවක් කරන අයෙකු හෝ විශ්‍රාමිකයෙකු නොවන බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය :- ..... දස සිල් මැණියන් වහන්සේගේ  
අත්සන :- .....

**( නිමිකම ලබා ගැනීම සඳහා රෝහලෙන් පිටවූ දින සිට දින 90 ක් ඇතුළත අදාළ ප්‍රාදේශීය ලේකම් වෙත ඉල්ලුම් පත්‍රය අදාළ බිල්පත් සමඟ ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්යය වේ.)**

6. ඉහත විස්තරයේ සඳහන් ..... දස සිල් මැණියන් වහන්සේ රජයේ හෝ වෙනත් පෞද්ගලික රක්ෂණ ක්‍රමයකින් ආවරණ නොවන බවත් රජයේ රැකියාවක නියුතු හෝ විශ්‍රාම වැටුපක් නොලබන දස සිල් මැණියන් වහන්සේ නමක් බවත්, රක්ෂණ හිමිකම් ඉල්ලීම අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශ කර මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

සහතික කල රෝග නිශ්චය කාඩ් පතෙහි ඡායා පිටපතක්, බිල්පත්වල මුල් පිටපත්, මුදල් ගෙවූ රිසිට්පත්වල මුල් පිටපත්, බැංකු ගිණුමේ සහතික කල පිටපතක්, බුදුපුත් පුරකෂා හිමිකම් සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා ඇත.

.....

බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජක

නිලධාරියාගේ අත්සන

නම :-.....

දිනය :-.....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන  
(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යවශ්‍ය

වේ)

දිනය :- .....

7. අදාළ වෛද්‍යවරයා / විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

Should be filled by the Doctor/the Specialist/Surgeon of the sick dasa sil maniyan wahanse

7.1 Name of the Patient:-.....

7.2 Diagnosis of Disease: - .....

.....

7.3 Date of Admission: - ..... Date of Discharge: - .....

I hereby certify that I am doctor/ specialist/ surgeon of the above named patient and approve submission with regard to this claim.

Date:-.....

.....

Signature of Doctor/ Specialist/ Surgeon

( රජයේ හෝ පෞද්ගලික රෝහල මගින් නිකුත් කරනු ලබන රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි ( Diagnosis Card) රෝගී දස සිල් මැණියන් වහන්සේගේ නම, රෝහලට ඇතුළත් වූ දිනය හා බැහැර වූ දිනය පැහැදිලිව සඳහන්ව ඇත්නම් මෙම කොටස සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය නොවන බව සලකන්න.)