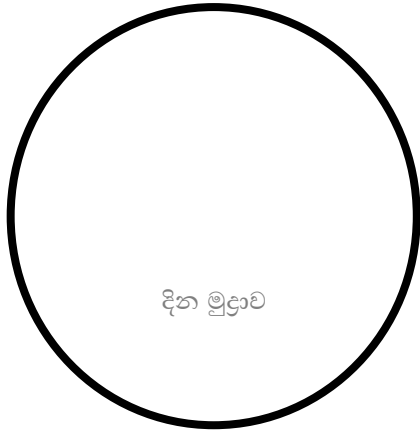




බුද්ධගාසන අරමුදල

2559 වෙසක් මංගල්‍ය වෙනුවෙන් ආරම්භ

කරන ලද හික්කු වෛද්‍යාධාර ක්‍රමය

අයදුම් පත්‍රය

1. හික්කුන් වහන්සේගේ/ දසසිල් මැණියන්ගේ නම :-
2. ලිපිනය:-
 - i ස්ථිර :-
 - ii තාවකාලික :-
 - iii දිස්ත්‍රික්කය :-
 - iv ප්‍රදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :-
3. උපන් දිනය :-
වර්ෂය:- මාසය:- දිනය:-
4. සාමාජිකයා/ සිල්මාතා/ උපසම්පදා සහතික අංක :-
(සාමාජිකයා/ සිල්මාතා/ උපසම්පත් සහතිකයේ සහතික කළ පිටපතක් අමුණා ඉදිරිපත් කරන්න)
5. දුරකථන අංකය
ස්ථාවර :-
ජංගම :-
6. ප්‍රතිකාර ලබන රෝගය :-
7. රෝගය වැළඳී ඇති කාල සීමාව :-.....
(අදාළ වෛද්‍යවරයා විසින් සහතික කරන ලද වෛද්‍ය වාර්තා අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය, ජායා පිටපත් ඉදිරිපත් කරන්නේනම් ඒවා සත්‍ය පිටපත් බවට ප්‍රදේශීය ලේකම් සහතික කළ යුතුය)
8. ප්‍රතිකාර සඳහා යන මාසික වියදම:-.....
9. ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නා රජයේ හෝ පෞද්ගලික රෝහලේ:-
10. ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නා වෛද්‍යවරයාගේ නම :-

11. වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය :-

(අදාළ රෝගය කුමක්ද යන්න හා ඒ සඳහා දිගටම ප්‍රතිකාර ලබා ගත යුතු බවට සනාථ කර දෙන්න)

12. ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම සඳහා ආයතනයක් /කැපකරු දායකත්වයක් සපයන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර:-

13. රජයේ වැටුපක්/ විශ්‍රම වැටුපක් ලබන්නේද? ඔව්/ නැත :-

14. ප්‍රතිලාභී මුදල ගිණුම් ගත කළ යුතු බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තර

I. ඉතිරිකිරීම් ගිණුම් පවතින බැංකුවේ නම:-.....

II. ඉතිරිකිරීම් ගිණුම් පවතින ශාඛාව :-

III. ඉතිරි කිරීම් ගිණුම් අංකය :-

IV. ගිණුම පවතින්නේ කා නමින්ද යන වග:-

(ඉතිරිකිරීමේ ගිණුමේ විස්තර සඳහන් පිටුවේ සහතික කළ පිටපතක් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරන්න)

15. ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි:-

දිනය :-.....

.....
ඉල්ලුම් කරන ස්වාමීන් වහන්සේගේ/
දසසිල් මැණියන්ගේ අත්සන

දිනය :-

.....
විහාරාධිපතිහිමිගේ/ භාරකාර පාර්ශවයේ/ භාරකාර
ස්වාමීන් වහන්සේගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

16. බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජක නිර්දේශය:-

පූජ්‍ය ස්වාමීන් වහන්සේ/ දසසිල් මැණියන්
විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති සියළු තොරතුරු නිවැරදි බවත්, උන්වහන්සේ වෙත මාසික වෛද්‍යාධාර දීමනා ලබා
දීම සුදුසු බවත් නිර්දේශ කරමි/නිර්දේශ නොකරමි.

(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජකගේ නම :-

බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජකගේ දුරකථන අංකය :-

දිනය :-.....

.....
බෞද්ධකටයුතු සමායෝජක අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

17. ශාසනාරක්ෂක මණ්ඩල නිර්දේශය : -

.....ශාසනා රක්ෂක මණ්ඩල බල ප්‍රදේශයේ
..... විහාරස්ථානයේ
ස්ථාමීන් වහන්සේ/ දසසිල් මැණියන් වෙත මාසික වෛද්‍යාධාර දීමනා ලබා දීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

දිනය : -
.....
ශාසනාරක්ෂක මණ්ඩල ලේඛකාධිකාරී
ස්ථාමීන් වහන්සේගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

18. ප්‍රාදේශීය ලේකම්තුමාගේ නිර්දේශය

පූජ්‍ය ස්ථාමීන් වහන්සේ වෙත මාසික
වෛද්‍යාධාර දීමනා ලබා දීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි/නිර්දේශ නොකරමි.
(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

දිනය :-
.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

19. කමිටු නිර්දේශය

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| 1. සාමාජිකයා/ සිල්ලාකා ලියාපදිංචිය | ඇත/නැත |
| 2. වෛද්‍ය නිර්දේශ මත සුදුසුකම් ලබා | ඇත/නැත |
| 3. රජයේ වැටුපක්/ විශ්‍රම වැටුපක් | ලැබේ/ නොලැබේ |
| 4. කමිටු තීරණය | අනුමත කරමි/ නොකරමි |

..... කමිටු සභාපති අත්සන	 කමිටු සාමාජික අත්සන	 කමිටු සාමාජික අත්සන
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

දිනය:-.....

20. කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

- | | |
|---|--|
| 1.අයදුම්පත ලැබුණු දිනය:-..... | 2.පාලක මණ්ඩලයට ඉදිරිපත් කළ දිනය:-..... |
| 3.පාලක මණ්ඩලයට ඉදිරිපත් කළ දිනය:- | |
| 4. පාලක මණ්ඩලයට තීරණය:-..... | |
| | |
| 4.ගෙවීම් වලට ඇතුළත් කළ දිනය:-..... | |
