

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| ආරාමයේ කේතය                              |  |
| සමායෝජක නිලධාරී විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය |  |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි |  |
| ලියාපදිංචි අංකය               |  |

**දස සිල් මෑණියන් වහන්සේලාගේ සුභසාධන වැඩසටහන - බුද්ධශාසන අරමුදල**

**දස සිල් මෑණියන් වහන්සේලා සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය සඳහා ලියාපදිංචිය ඉල්ලුම් කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය**

1. දස සිල් මෑණියන් වහන්සේගේ සම්පූර්ණ නම ( සිංහලෙන් ) :- .....  
.....  
( ඉංග්‍රීසියෙන් - කැපිටල් අකුරින් ) :- .....  
.....
2. වැඩවාසය කරන ආරාමයේ නම සහ ලිපිනය ( සිංහලෙන් ) :- .....  
.....  
( ඉංග්‍රීසියෙන් - කැපිටල් අකුරින් ) :- .....  
.....
3. ග්‍රාම නිලධාරී වසම - ..... ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය - ..... දිස්ත්‍රික්කය - .....
4. උපන් දිනය :- .....
5. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....
6. බෞද්ධ කටයුතු දෙපාර්තමේන්තුව මගින් නිකුත් කළ දස සිල් මෑණියන් වහන්සේගේ ලියාපදිංචි අංකය :- ..... හා දිනය.....
7. දුරකථන අංක :-  
වැඩවසන ආරාමය :- ..... ජංගම දුරකථන අංකය :- .....
8. ඊ-මේල් ලිපිනය :- .....
9. රැකියාව :- ..... විශ්‍රාමික :- 

|     |     |
|-----|-----|
| ඔව් | නැත |
|-----|-----|
10. රැකියා ස්ථානය හා ලිපිනය :- .....
11. දැනට රජය මගින් රජයට අනුබද්ධ ආයතනයක් මගින් හෝ පෞද්ගලික රක්ෂණ ක්‍රමයකින් ප්‍රතිලාභ ලබන්නේ නම් රක්ෂණ ආයතනයේ නම :- .....
12. ප්‍රතිලාභ මුදල් යොමු කළ යුතු බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය ( ඡායා පිටපතක් මගින් සනාථ කරන්න)  
I බැංකු ගිණුමේ සඳහන් නම:-.....  
II බැංකුවේ නම:-..... බැංකු ශාඛාව:-.....  
III ගිණුම් අංකය:-.....

මා දැනට රජයේ රැකියාවක් නොකරන අතර විශ්‍රාම වැටුපක් නොලබන බැවින් ද වෙනත් පෞද්ගලික රක්ෂණ ක්‍රමයකින් ආවරණයක් නොවන බැවින් ද බුදුපුත් සුරක්ෂා සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ වැඩසටහන යටතේ ලියාපදිංචි වීමට සුදුසුකම් ඇත. ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

.....  
ඉල්ලුම්කරන දස සිල් මැණියන් වහන්සේගේ අත්සන

ප්‍රාදේශීය ශාසනාරක්ෂක මණ්ඩල ගරු ලේඛකාධිකාරී ස්වාමීන්වහන්සේගේ නිර්දේශය

නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.  
.....

ප්‍රාදේශීය ශාසනාරක්ෂක මණ්ඩල ගරු ලේඛකාධිකාරී ස්වාමීන්වහන්සේගේ අත්සන

දිනය :- .....

නිල මුද්‍රාව -

බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජක නිලධාරීගේ නිර්දේශය

ඉහත නම් සඳහන් දස සිල් මැණියන් වහන්සේ සඳහන් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදිය/ නිවැරදි නොවේ. බුදුපුත් සුරක්ෂා සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ලියාපදිංචි කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....  
බෞද්ධ කටයුතු සමායෝජක නිලධාරීගේ අත්සන

දිනය :- .....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.  
.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්

( නිල මුද්‍රාව තබන්න )

දිනය :- .....

---

### කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

දස සිල් මැණියන් වහන්සේගේ නම හා ලියාපදිංචි තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....  
බෞද්ධ කටයුතු දෙපාර්තමේන්තුවේ

දස සිල් මැණියන් වහන්සේලා ලියාපදිංචි අංශයේ අංශ ප්‍රධානගේ නිර්දේශය

ලියාපදිංචිය සඳහා අනුමැතිය

අනුමත කරමි/නොකරමි.  
.....

දිනය

.....  
ලේකම්

බුද්ධශාසන අරමුදල