

ප්‍රාථමික කර්මාන්ත හා සමාජ සවිබලගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය
ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය
වකුගඩු රෝගී පුද්ගලයන් සඳහා රු.5000/-ක ජීවනාධාර ලබා දීම

ප්‍රා/ලේ ප්‍රමුඛතා අංකය

(කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

A. කොටස

දිස්ත්‍රික්කය : ප්‍රා/ලේ.කාර්යාලය :

ග්‍රා.නි. වසම් හා අංකය :

1. වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන පුද්ගලයා පිළිබඳ තොරතුරු :

1. සම්පූර්ණ නම :

2. හැඳුනුම්පත් අංකය :

3. උපන් දිනය :

4. වයස : ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය

5. ලිපිනය :

6. දුරකථන අංකය :

(තමන් සතුව නොමැතිනම් පවුලේ හෝ ළඟම අසල්වැසියෙකුගේ දුරකථන අංකය සඳහන් කරන්න.)

2. පවුලේ තොරතුරු:

(අ)

නම	රෝගියාට ඇති නැදෑකම්	උපන් දිනය	ස්ත්‍රී/පුරුෂ	විවාහක/ අවිවාහක

(ආ)

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ තොරතුරු			
අඩු වට අඩු	පාසල් යන	රැකියා කරන	වෙනත්

3.

1. වතුගඩු රෝගය ඇති වූ කාලයෙන් පසු රුධිරය පිරිසිඳු කිරීම ආරම්භ කළ කාලය

වර්ෂය	මාසය	දිනය

2. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල

3. ඉල්ලුම්කරුට ලැබී ඇති ආධාර සහ ඇතට ලැබෙන ආධාර (රාජ්‍ය හා රාජ්‍ය නොවන සංවිධානවලින් ලැබෙන මුදලින් හා ද්‍රව්‍යවලින්)

1. මූල්‍ය ආධාර (රුපියල්) :

2. ආබාධිත ජීවනාධාර :

3. ද්‍රව්‍යමය ආධාර :

මම වතුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන්නකු බව ද ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවටත් වෙනත් ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලයකින් මෙම ආධාරය සඳහා ඉල්ලුම් නොකළ බවටත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

..... දිනය	 රෝගියාගේ අත්සන
---------------	-------------------------

ග්‍රාම නිලධාරීගේ නිර්දේශය

.....හි පදිංචි.....මහතා/මහත්මිය
මම පෞද්ගලිකව හඳුනා බවත් ඔහුගේ /ඇයගේ මාසික ආදායම රු.3000/-කට අඩු බවත් වතුගඩු රෝගයෙන් පෙළන බවත්, වෙනත් ප්‍රා.ලේ. කාර්යාලයකින් මෙම ආධාර මුදල ඉල්ලා නොමැති බවත්, මෙම මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

..... දිනය	 අත්සන (ග්‍රා.සේ.නි. නිල මුද්‍රාව)
---------------	---

සමාජ සේවා නිලධාරී වාර්තාව

.....හි පදිංචි.....මහතා/මහත්මිය
අඩු ආදායම්ලාභීය. මෙම වතුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

නම :	
දිනය :	අත්සන (ස.සේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

මෙම වතුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ ඇයට ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

..... දිනය	 අත්සන (ප්‍රා.ලේකම් නිල මුද්‍රාව)
---------------	--

ඇමුණුම -

Serial Number:

**MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE
MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT**

1. Name of Patient:.....
(රෝගියාගේ නම)
2. Age :.....
(වයස)
3. Sex :.....
(ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය)
4. Address :.....
(ලිපිනය)
5. Name of Clinic/ Hospital:.....
(සායනයේ/රෝහලේ නම)

Ward No :.....
(වාට්ටු අංකය)

Clinic No:.....
(සායන අංකය)

I, hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any circumstances.

මා වක්‍රගති රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වක්‍රගති රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient/රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....of is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients

YES	NO
-----	----

Dialysing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:.....

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)