වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය
අග්‍රහාර රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය - විශ්‍රාමික
ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල

පෝරම අංක - 03 (S)

(අයදුම්පතේ විමසා ඇති සියලුම තොරතුරු සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය වේ)

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

(ග්‍රාම නිළධාරියා විසින් සහතික කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පතේ ජායා පිටපත ඇමිණීම අනිවාර්ය වේ)

විශ්‍රාම වැටුප් අංකය :-

විශ්‍රාම ගිය දිනය :-

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

ඔබට අදාල හිමිකම ඉදිරියෙන් (√) සටහන් කරන්න	
රජයේ රෝහල් ගතවීම	
පෞද්ගලික රෝහල් ගතවීම	
පිලිකා රෝග	
හෘද සැත්කමක්	
වකුගඩු රෝග	

1. **ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු**

1.1 සම්පූර්ණ නම : (සිංහලෙන්) පුජ්‍ය./මයා. /මිය. /මෙනෙවිය. :- .....

.....

1.2 මුලකුරු සමග නම : (ඉංග්‍රිසියෙන්) Rev. / Mr. / Mrs. / Miss. :- .....

.....

1.3 පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :- .....

.....

1.4 පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රිසියෙන්) :- .....

.....

1.5 උපන් දිනය :- .....

1.6 දුරකථන අංකය : ස්ථාවර :- ..... ජංගම :- .....

2. **ඔබ විශ්‍රාම යන විට සේවය කල ස්ථානය පිළිබඳ තොරතුරු** (අනිවාර්යයෙන් සම්පූර්ණ කල යුතුය)

2.1 ආයතනයේ නම :- .....

2.2 ලිපිනය :- .....

2.3 තනතුර :- .....

2.4 ආයතනයේ දුරකථන අංකය :- .....

3. **කලත්‍රයාගේ තොරතුරු**

3.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

3.2 නම :- .....

3.3 සේවා ස්ථානයේ නම :-.....

3.4 ලිපිනය :-.....

3.5 දුරකථන අංකය :- .....

4. **බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තරය (අයදුම්කරුගේ මාසික විශ්‍රාම වැටුප බැර වන බැංකු ගිණුම විය යුතුය, පාස් පොතහේ සහතික කල පිටපතක් අමුණා ඉදිරිපත් කල යුතුය)**

4.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- | | | | | | | | | | | | |

4.2 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් නම :- .....

4.3 ගිණුම් අංකය :- | | | | | | | | | | | | | |

4.4 බැංකුවේ නම :- .....

4.5 ශාඛාව :- .....

5. **මෙම අයදුම් පතට අදාල වියදම් ජනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර,**

5.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය :- .....

.....

5.2 ගෙවූ මුදල :- .....

5.3 ඉල්ලුම් කළ මුදල :- .....

5.4 හිමිකම් අංකය / යොමු අංකය :- .....

6. **අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය**

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

....

දිනය **අයදුම්කරුගේ අත්සන**

7. **ග්‍රාම නිලධාරි විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)**

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

අත්සන :- .....

නම :- .....

..... ග්‍රාම නිලධාරි වසම/අංකය :- .....

දිනය

(නිල මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ)

8. **රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.**
Should be filled by the Medical Officer/ Surgeon of the Patient.
(රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි සඳහන් පරිදි ම රෝගියාගේ නම, රෝහලට ඇතුලත් වූ දිනය හා බැහැර වූ දිනය පැහැදිලිව සඳහන් කර මෙම කොටස සම්පූර්ණ කිරීම අනිවාර්ය බව කරුණාවෙන් සලකන්න)
(Please note that it is compulsory to fill this section clearly stating the name of the patient, the date of admission and the date of discharge as per the diagnosis card)

8.1 **රෝගියාගේ නම** :-

.....

Name of the patient :-

.....

8.2 **රෝගියාගේ රෝග නිශ්චය** :-

.....

Diagnosis of Disease :-

.....

8.3 **ඇඳ ඉහපත් අංකය** :- .....

Bed Head Ticket(BHT) :- .....

8.4 **රෝහලට ඇතුලත් කල දිනය** :- .....

පිටවූ දිනය :- .....

If admitted to the hospital,

Date of Admission :- .....

Date of Discharge :- .....

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා/ ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා මා බවත්, මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධ වූ සේවාව මා විසින් ලබා දුන් බවත් සහතික කරමි.
I hereby certify that I am the Medical Officer/ Surgeon of the above named patient and certify that above service is given by me.

....

දිනය

රෝගියාට ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ / විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature of Medical Officer / Surgeon with Rubber Stamp

අයදුම්පත සමග ඉදිරිපත් කල යුතු ලිපි ලේඛණ

(මෙම අයදුම්පත රෝහල්ගත වීම්, පිලිකා වකුගඩු හා හෘද සැත්කම් ආදී රෝග වලට අදාළ හිමිකම් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි)

1. අයදුම්පත රෝහලෙන් බැහැරවි දින 90 ක් ඇතුලත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත ලැබිය යුතුය.

2. අග්‍රහාර රැකවරණ රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ රෝහලක නේවාසිකව ලබාගන්නා ප්‍රතිකාර සඳහා පමණක් ප්‍රතිලාභ ගෙවීම් කරනු අතර සාමාජිකයාට පමණක් මෙම රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ගෙවනු ලැබේ.

3. නිසිපරිදි සම්පූර්ණ කරණ ලද හිමිකම් අයදුම්පත සමග පහත සඳහන් ලිපි ලේඛණ ඉදිරිපත් කල යුතුය.

3.1 රෝග නිශ්චය කාඩ්පතෙහි ග්‍රාම නිලධාරී විසින් සහතික කල පිටපත හෝ මුල් පිටපත (රෝගියාගේ නම, රෝහලට අතුලත් වූ දිනය හා රෝහලින් බැහැරවූ දිනය හා ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව සඳහන් විය යුතුය)

3.2 රජයේ රෝහල් ගතවීමකදී රෝග නිශ්චය කාඩ්පතක් නිකුත් නොකළ අවස්ථාවකදී ක්ලිනික් පොතේ රෝහල් ගතවූ කාල සීමාව සඳහන් පිටුව සහ රෝගියගේ නම සඳහන් පිටුව ග්‍රාම නිලධාරී විසින් සහතික කළ පිටපත්

3.3 රෝහල් ගතව සිටි කාලයට අදාලව වෛද්‍ය නිර්දේශ මත මිලදී ගත් ඖෂධ හෝ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වලට අදාල බිල්පත් වල මුල් පිටපත් හා වෛද්‍ය නිර්දේශ

3.4 පෞද්ගලික රෝහලක නම් අත්තිකාරම් මුදලට අදාළ ලදුපත(Receipt of the Advance Payment), අනෙකුත් මුදල් ගෙවූ ලදුපත්(Receipts), විස්තරාත්මක බිල (Final Bill) වල මුල් පිටපත්

3.5 ග්‍රාම නිලධාරී සහතික කල ඔබේ බැංකු ගිණුමේ පිටපතක්(බද්ධ ගිණුම් නොවිය යුතුය)

3.6 ග්‍රාම නිලධාරී සහතික කල විශ්‍රාම වැටුප් කාඩ්පතෙහි පිටපතක්

3.7 ග්‍රාම නිලධාරී සහතික කල ජාතික හැඳුනුම්පතේ පිටපතක්

(ඉතා වැදගත් : බිල්පත් වල මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වන අතර සහතික කරන ලද හෝ වෙනත් බිල්පත් වල ඡායා පිටපත් සඳහා හිමිකම් ගෙවනු නොලැබේ. වෙනත් ආයතනයකින් මුදලක් ප්‍රතිපූර්ණය කර ඇති විටක ශේෂ හිමිකම ලබාගැනීමේදි මෙම නීතිය අදාල නොවේ)