



ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය
அங்கவீனமுற்றோருக்கான தேசிய செயலகம்
NATIONAL SECRETARIAT FOR PERSONS WITH DISABILITIES



ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වෛද්‍ය ආධාර ලබාදීම

නෛමාසික / වාර්ෂික ප්‍රගති වාර්තාව

1. පළාත -
 2. දිස්ත්‍රික්කය -
 3. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය -
 4. ග්‍රාම නිලධාරී වසම -
 5. ආධාරලාභියාගේ නම -
 6. ලිපිනය -
 7. වයස -
 8. විවාහක/ අවිවාහක/ වැන්දඹු -
 9. හැදුනුම්පත් අංකය -
 10. දුරකථන අංකය -
 11. ආබාධ සහිත තත්වයේ ස්වරූපය -
 12. ආධාරය ලබාදුන් මුදල -
- (වෙක්පත් අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න)
13. ඉහත නම් සඳහන් තැනැත්තන් වෛද්‍ය ආධාර යටතේ ප්‍රවාහන සඳහා දීමනා/ ඖෂධ සඳහා දීමනා/ සැත්කම් සඳහා දීමනා සඳහාම පමණක් යොදාගත් බවට සෑහීමකට පත්වෙමි/ පත්නොවෙමි
 14. වෙනත් කරුණු -
 15.
 16.

..... වෛද්‍ය ආධාර සඳහා ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය මගින් ලබා දුන් වෙක්පත කුචිකාන්සි අංක (පොදු 172 ආකෘති පත්‍රය) යටතේ භාරගත් බවත් දින ඉහත අයදුම්කරුට එම මුදල ලබාදුන් බවත් සහතික කරමි.

දිනය -

.....
අත්සන
(ස.සේ.නි/ ස.සං.ස/ සං.නි. නිල මුද්‍රාව තබන්න)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

දිනය

.....
අත්සන
(නිල මුද්‍රාව තබන්න)