

දෘශ්‍යාබාධිත පුනරුත්ථාපන භාර අරමුදල මගින් පළමු වසර සිට අ.පො.ස.(සාමාන්‍ය පෙළ) දක්වා පාසැල් අධ්‍යාපනය ලබන දෘශ්‍යාබාධිත සිසුන් සඳහා ශිෂ්‍යාධාර ලබාදීම

01. ශිෂ්‍යාගේ / ශිෂ්‍යාවගේ සම්පූර්ණ නම -

02. භාරකරුගේ නම හා ලිපිනය -

03. අධ්‍යාපනය ලබන පාසැලේ නම හා ලිපිනය-

04. අධ්‍යාපනය ලබන ශ්‍රේණිය -..... උපන් දිනය -.....

05. දෙමාපිය භාරකරුවන්ගේ මාසික ආදායම -

06. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය - දුරකථන අංකය

07. දැනට රජයෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ආධාර මුදලක් ලැබෙන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර -.....

08. මව/ පියා හෝ භාරකරුගේ බැංකු ගිණුම් අංකය හා බැංකුව - (මුදල් ගෙවනු ලබන්නේ වෙක්පත් මගින්

බැවින් වෙක්පත් මුදල් කරගත හැකි බැංකු ගිණුම් අංකය අත්‍යවශ්‍යය)-.....

ඉහත සඳහන් විස්තර සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරන අතර මාගේ දරුවා වෙනුවෙන් ශිෂ්‍යාධාර මුදලක් ලබා දෙනමෙන් කරුණාවෙන් ඉල්ලා සිටිමි.

දිනය-..... භාරකරුගේ අත්සන -.....

09. විදුහල්පති තුමාගේ නිර්දේශය -

..... ශිෂ්‍යා / ශිෂ්‍යාව මෙම විදුහලේ

..... ශ්‍රේණියේ අධ්‍යාපනය ලබන බව සහතික කරමි. ඔහු / ඇය පුර්ණ / අර්ධ

දෘශ්‍යාබාධිත තත්වයකින් පෙලෙන බව සහතික කරමි. ඔහුගේ / ඇයගේ අධ්‍යාපන කටයුතු වෙනුවෙන්

ආධාර මුදලක් ලබාදීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

දිනය -..... විදුහල්පති -.....

10. ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදිය..... ග්‍රාම නිලධාරී වසමේ

ස්ථිර පදිංචිකරුවකු වන ඉල්ලුම්කරු මහජන ආධාර ලබන්නෙකි / සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නෙකි . මාසික
ආදායම රු..... කි.

ශිෂ්‍යාධාර ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

ග්‍රාම නිලධාරී-.....

සමාජ සේවා නිලධාරී

දිනය -.....

දිනය -.....

11. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය -

..... ශිෂ්‍යා / ශිෂ්‍යාව දායකයා බව

තත්වයකින් පෙලෙන අයකු බව සහතික කරමි. මෙම පවුලේ ආර්ථික තත්වය අනුව අධ්‍යාපනය වෙනුවෙන්
ආධාර මුදලක් ලබාදීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

දිනය -.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් -.....

සැ.යු. -

01. දායකයා බව තහවුරු කිරීම සඳහා රජයේ වෛද්‍ය වරයකු ගෙන් ලබාගත් වෛද්‍ය සහතිකයක්
අයදුම්පතට ඇමිනිය යුතුය.

02. ආධාර මුදල් ගෙවීම සඳහා චෙක්පත් මාරු කර ගත හැකි බැංකුවක ගිණුමක් ආරම්භ කොට එම අංකය
හා බැංකු ශාඛාව දන්වා එවිය යුතුය.

03. මෙයට අමුණා ඇති පොදු 35 වවුචරයේ පිට පැත්තේ X ලකුණ යොදා ඇති ස්ථානයේ භාරකරු විසින්
(ගිණුම් අංකය හිමි) අත්සන් කර එවන්න.