

සේවා නියුක්තියන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
“ගුණව රැකවරණ” රෝහල්ගත වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය
යටතේ රෝහල් ගාස්තු ප්‍රතිපූර්ණය කිරීම සඳහා වූ අයදුම්පත

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

01 වන කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුයි)

- 1 සාමාජිකයාගේ මූලකුරු සමග තම :-
- 2 සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ තම :-
- 3 ලිපිනය :-
- 4 උපන්දිනය : 5 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
- 6 වර්තමාන සේවයෝජකයා ඇතුළුව අරමුදලේ සාමාජිකත්වය හිමි අවුරුදු 5 ක කාලය ඇතුළත මඟ සේවය කළ ආයතන පිළිබඳ විස්තර පිළිවෙලින් සඳහන් කරන්න.

සේවය ඇරඹූ දිනය	සේවය අවසන් කළ දිනය	ආයතනය/වත්තේ නම	සේවයෝජකයාගේ සේ.අ.අ./පු.අ.අ. අංකය	සාමාජිකයාගේ අංකය

- 7 රෝගය/අනතුර සම්බන්ධයෙන් ප්‍රතිකාර ගැනීම සඳහා වැයවූ මුළු මුදල රු
- 8 සේවයෝජක විසින් ප්‍රතිපූර්ණය කරනු ලබන තම එම මුදල රු
- 9 වෙනත් ආයතන, සංවිධාන හෝ රක්ෂණ ආයතන විසින් ප්‍රතිපූර්ණය කරනු ලබන මුදල එම ආයතනය / සංවිධානයේ නම දරනු ලබන වියදම
- 1 රු.....
- 2 රු.....
- 10 ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ඉල්ලුම් කරන මුදල :-

11 බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තර (වෙක්පතකින් ගෙවීම් කරන බැවින් තමන්ගේ තමන් ගිණුමක් තිබීම අත්‍යවශ්‍යයි) ධනයෝජන හා ස්ථිර තැන්පත් අදාළ නොවේ.

<u>මූලකරු සමග තම</u>	<u>බැංකුවේ තම සහ ලිපිනය</u>	<u>ගිණුම් අංකය</u>
.....

12 රෝහල් ගතවීම සම්බන්ධ විස්තර පහත සඳහන් කරන්න

- (අ) අසනීප අතතුර පිළිබඳ විස්තර :-
- (ආ) අසනීපය වැළඳුන/අතතුර සිදු වූ දිනය:-
- (ඇ) රෝහල් ගතව සිටි රෝහල:-
- (ඈ) 1 රෝහල් ගතවූ දිනය හා වෙලාව :-
- 11 රෝහලෙන් පිට වූ දිනය හා වෙලාව:-

ඉහත සඳහන් කර ඇති අසනීපය/අතතුරමය අබාධයන්ගෙන් මා පෙළුන බවත්, රෝහල් ගත වී ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට අදාළව මා විසින් දරන ලද වියදම් සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඉහතින් සඳහන් කර ඇති දිනවලදී මා රෝහල්ගතව ප්‍රතිකාර ලැබූ බවත්, සහතික කරන අතර ඉහත සඳහන් තොරතුරු වැරදි හා අසත්‍ය බවට මපේ පු වුවහොත් මට විරුද්ධව උසාවියක තඬු පැවැරිය හැකි බව ද මම දනිමි. තවද ව්‍යාජ බිල්පත් ඉදිරිපත් කර ඇති බව අනාවරණය වුවහොත් ඉදිරියේ දී මෙම ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ කිසිදු ප්‍රතිලාභයක් ලැබීමට සුදුසුකම් නොලබන බවද මම දනිමි.

සාමාජිකයාගේ මාපට්ටිලි සම්පූර්ණ :-

වම දකුණ

සාමාජිකයාගේ අත්සන:-

දිනය :-

දුරකථන :-

Part II [To be completed by the General Practitioner /Surgeon/Physician who treated the patient]

- (a) Name of patient :.....
- (b) Condition that required investigation or treatment:
.....
- (c) Diagnosis of disease:
- (d) Details of treatment or operation;
.....
.....
- (e) State briefly the history of injury or ailment:
.....
.....
.....
- (f) Period the patient is unfit for work or needs rest:
From: To.....
- (g) State approximately when, in your opinion, the ailment could have BEGUN or
CONTRACTED by the patient:
.....
.....
- (h) Date of admission:..... Date of discharge:.....

I certify that I am the General Practitioner / Surgeon / Physician who treated the patient referred to above and confirm that the above details are true and correct.

Date ;.....

.....
Signature & Seal of Medical Practitioner /
Surgeon /Physician

Name of Medical P0ractitioner /Surgeon / Physician;.....

Qualification;.....

Address ;.....

Telephone No:.....

N.B. To completed by the Surgeon in all cases of surgical treatment.

111 වන කොටස (සේව්‍යෝජක විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුයි)

1පිහිටි
(ලිපිනය)
..... හි කළමනාකරු/පාලන/අයිතිකරු
(ආයතනයේ නම)
..... වන මම සේ.අ.අ.අ./ පු.අ.අ. අංක.....
සහ ජාතික හැඳුණුම්පත් අංක දරණ
සේවකයා/නිලධාරියා 200 දින සිට මේ දක්වා මෙම ආයතනයේ සේවා
නියුක්තව සිටින බවත්, මහු/ඇය 200 දින සිට 200..... දින දක්වා
වෛද්‍ය නිවාඩු මත සේවා ස්ථානයෙන් බැහැරව සිටි බවත් සහතික කරමි

තවද අප විසින් මහු/ඇය වෙනුවෙන් අඛණ්ඩව මේ දක්වා සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර
අරමුදලට දායක මුදල් ගෙවා ඇති බව දක්වා සිටින අතර, මහු/ඇය රෝහල් ගත
වූ මාසයට පෙර මාස දොළහක (12) සඳහා මහු /ඇය වෙනුවෙන් හා සියළුම සේවකයින්
වෙනුවෙන් තැන්පත් කරන ලද දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මාසය	මාසය සඳහා ගෙවන ලද සම්පූර්ණ මුදල		ගෙවන ලද දිනය	වෙක්පත් අංකය
	අදාළ සේවා නියුක්තයා වෙනුවෙන්	සියළුම සේවා නියුක්තයන් වෙනුවෙන්		

- 3 ඉහත කාලසීමාවට අදාළව දායක මුදල් ගෙවන ලද්දේ ආකෘති ආර් 1 මගින් ද ආකෘති ආර් 4 මගින් ද ?
- 4 ආකෘති ආර් 1 මගින් දායක මුදල් ගෙවන්නේ නම් එම කාලසීමාවට අදාළව ආකෘති 11 වාර්තා,
(අ) දැනටමත් මෙම ආයතනය වෙත එවා ඇති අතර එම වාර්තාවේ මහුගේ ඇයගේ නම ඇතුළත් වී ඇති බවත්,
(ආ) ඉදිරියේ දී එවිටම නියමිත බවත් එම වාර්තාවේ මහුගේ ඇයගේ ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත් සහතික කරමි.

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරන අතර, මෙහි යම් අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් පනතේ 39 වන වගන්තිය යටතේ උසාවියක මට විරුද්ධව තඬු පවරනු ලැබිය හැකි බව ද මම දනිමි.

දිනය :-
.....
සේව්‍යෝජකගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව
දුරකථන අංකය :-

“ශ්‍රමසුව රැකවරණ – රෝහල්ගත වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ හිමිවීම සඳහා වන සුදුසුකම්

(01) මෙම ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ අරමුදලේ සාමාජිකයෙකු වෙනුවෙන් අදාළ ප්‍රතිලාභ හිමි වීම සඳහා,

අ අදාළ අසතීපය හෝ අනතුර හේතුවෙන් සිදු වූ ආබාධය හේතුවෙන් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම සඳහා රෝහල් ගත වන අවස්ථාව වන විට අදාළ සාමාජිකයා අරමුදලේ සක්‍රීය සාමාජිකයෙකු වියයුතු අතර අවුරුදු පහක (05) කාලයක් අරමුදලේ අඛණ්ඩ සාමාජිකත්වය දරා තිබිය යුතුය.

ආ රෝහල් ගතවන මාසයට පෙර මාසය දක්වා වූ අවුරුද්දක (මාස 12) ක කාලයක් සඳහා අදාළ සේවා නියුක්තිකයා වෙනුවෙන් සේවයෝජක විසින් අඛණ්ඩව දායක මුදල් බැර කර තිබිය යුතුය.

ඇ සාමාජිකයාගේ වයස අවුරුදු 70 නොඉක්මවිය යුතුය. (වයස අවුරුදු 70 ඉක්ම වූ සාමාජිකයෙකු ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට නම් මහු/ඇය අවම වශයෙන් අවුරුදු 25ක සක්‍රීය සාමාජිකත්වයකට හිමිකම් ලබා තිබිය යුතු වන අතර එම අවුරුදු 25ක කාලය තුළ මහු/ඇය විසින් කිසිදු දායක මුදලක් ආපසු ලබා නොගෙන තිබිය යුතුය.)

(02) ශ්‍රමසුව රැකවරණ වෛද්‍ය රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ රු. 50,000/= ක මුදලක් දැනටමත් ලබා ගෙන ඇති සාමාජිකයින්ට තව දුරටත් මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලැබීමට හිමිකම් නැත.

(03) ප්‍රතිලාභ හිමිවීම සඳහා පැය 48 ක් හෝ ඊට වැඩි කාලයක් රෝහල් ගතව ප්‍රතිකාර ලබා ගත යුතුයි.

(04) උපදෙස් හා ඉල්ලුම්පත්‍රය සමඟ ඉදිරිපත් කළයුතු ලියවිලි :-

1 අයදුම්පත්‍රයේ 1 වන කොටස සාමාජිකයා විසින් ද, 11 වන කොටස ප්‍රතිකාර කරන ලද වෛද්‍යවරයා විසින් ද, 111 වන කොටස සේවයෝජක විසින් ද, නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

2 රෝහලෙන් පිට වූ දින සිට දින 60 ක් ඇතුළත නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද ඉල්ලුම්පත්‍රය අදාළ ලියවිලි සමඟ මෙම කාර්යාලයට ඉදිරිපත් කළයුතුයි. අසම්පූර්ණ නිවැරදිව සම්පූර්ණ නොකරන ලද හා කල් ඉකුත් වූ ඉල්ලුම්පත්‍ර කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් භාර ගනු නොලැබේ.

3 බාහිර ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් කිසිදු මුදලක් ප්‍රතිපූර්ණය කරනු නොලැබේ.

- 04 රෝහල් ගතව සිටි කාලයට අදාළව තිකුත් කර ඇති සියළුම බෙහෙත් වට්ටෝරු බිල්පත් හා රිසිට්පත් වල මුළු පිටපත් ඉල්ලුම්පත්‍රය සමග ඉදිරිපත් කළයුතුය. රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුවේ, අයදුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි හා බැංකු ගිණුමේ ඡායා පිටපතක් සේවා යෝජක මගින් සහතික කර ඉදිරිපත් කළයුතුය.
- 05 රෝහල් ගත වීමට අදාළවූ බිල්පත් සම්බන්ධයෙන් සේවයෝජක විසින් යම් ගෙවීමක් කර ඇත්නම් ඒ පිලිබඳ විස්තර හා සේවයෝජක විසින් දරන ලද වියදමින් යම් මුදලක් අයදුම්කරුගෙන් ආපසු අය කර ගන්නේ නම් ඒ පිලිබඳ වූ විස්තර ද අඩංගු ලිපියක් සේවයෝජක වෙතින් ලබා ගෙන ඉදිරිපත් කළයුතුය.
- 06 වෙනත් ආයතන, සංවිධාන හෝ රක්ෂණ ආයතන මගින් යම් මුදලක් ප්‍රතිපූර්ණය කරනු ලබන්නේ නම් එම මුදල සඳහන් කර එම ආයතනය/සංවිධානය විසින් තිකුත් කළ ලිපියක් ඉදිරිපත් කළයුතුය.
- 07 මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ සාමාජිකයෙකුගේ සම්පූර්ණ සේවා කාලය තුළදී ලබා ගත හැකි ප්‍රතිලාභ මුදල රු. 50,000/= ක් පමණි. එක් වර්ෂයක් තුළ ලබා ගත හැකි උපරිම මුදල රු. 25,000/= කි. (කාමර ගාස්තු රු. 5000/= ක් හා මාසධ හා වෙනත් වියදම් වෙනුවෙන් රු. 20,000/= ක් වශයෙනි.)
- 08 මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම් සම්බන්ධයෙන් මණ්ඩලය විසින් ගනු ලබන තීරණ අවසාන තීරණය වනු ඇත.

නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්‍ර අදාළ ලියවිලි සමග රෝහලින් පිටවී දින 60 ක් ඇතුළත පහත සඳහන් ලිපිනයට යොමු කළයුතුය.

කම්මණාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)
 සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
 කම්කරු මහලේකම් කාර්යාලය
 කොළඹ 05

දුරකථන අංකය :- 011 - 2581704
 ෆැක්ස් :- 011 - 2368037

වැදගත් :-

සියළුම රජයේ රෝහල්, රජයේ ආයුර්වේද රෝහල් හා මණ්ඩලයේ අනුමත තේවාසික බටහිර වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දෙනු ලබන ලියාපදිංචි පෞද්ගලික රෝහල් මගින් ලබා ගන්නා ලද වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වෙනුවෙන් පමණක් ශ්‍රමසූච රැකවරණ රෝහල් ගත වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට හිමිකමක් ඇත.

හදවත් සැත්කම් වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම් අක්ෂිකාච බද්ධ කිරීම වෙනුවෙන් ලබා දෙනු ලබන ප්‍රතිලාභ සඳහා ඉල්ලුම් කිරීමට මෙම අයදුම්පත්‍රය අදාළ නොවේ.

අදාළ සියළුම ලියවිලි වාර්තා බිල්පත් හා කුවිතාන්සි ද සමග නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර නියමිත කාලය තුළදී ඉදිරිපත් නොකරනු ලබන ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත්‍ර භාර ගැනීම ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

පහත සඳහන් රෝගභේදවලින් ලබා ගන්නා ප්‍රතිකාර වෙනුවෙන් මෙම ප්‍රතිලාභය හිමි නොවන බව දැනුම් දෙමි.

- 01 සියදිවි තසා ගැනීමට තැත්කිරීම
- 02 මානසික රෝග
- 03 මත්පැන් මත්කුඩු භාවිතය නිසා හටගනු ලබන රෝග
- 04 සමාජ රෝග
- 05 මානව ප්‍රතිශක්ති උණනා වෛරසය (HIV) ආසාදනය වීමෙන් හටගන්නා රෝගාබාධ