

ශ්‍රී ලංකා සමාජ ආරක්ෂණ මණ්ඩලය

(මුදල් හා ක්‍රමසම්පාදන අමාත්‍යාංශය)

**ස්වයං රැකියාලාභීන් සඳහා වන විශ්‍රාම වැටුප් සහ
සමාජ ආරක්ෂණ ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය**

බෙලහිත ප්‍රතිලාභ හිමිකම් ඉල්ලීම

(සිද්ධිය සිදු වී දින 90ක් ඇතුළත මෙම ඉල්ලීම කළ යුතු ය)

දායක අංකය ඔප්පු අංකය ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

i. බෙලහිතතාවයට පත් වූ අයගේ සම්පූර්ණ නම :-

.....
.....

ලිපිනය :-

.....
.....

දුරකථන අංකය

ii. අනතුරේ හි ස්වභාවය :-

.....
අනතුර සිදු වූ ස්ථානය

iii. සිදු වූ දිනය සහ වේලාව :-

.....

iv. අනතුර සිදු වූ දිනට වයස

අවුරුදු

මාස

දින

(1) අ) මෙම අනතුර සිදුවූයේ කෙසේ ද?

.....
.....
.....
.....

(ආ) ඒ අවස්ථාවේ දී ඔබ කුමන වැඩක නිරතව සිටියේ ද ?

.....
.....
.....

(2) අනතුර / රෝගය නිසා ඔබට සිදු වී තිබෙන ආබාධ මොනවා ද ?
(ආබාධ ඇති වී තිබෙන අවයව ආදිය පිළිබඳ සම්පූර්ණ විස්තරයක් සැපයිය යුතු ය)

(i) අනතුර හේතුවෙන් සිදු වී ඇති ආබාධ පිළිබඳ විස්තර

.....
.....
.....

(ii) රෝගය හේතුවෙන් සිදු වී ඇති ආබාධ පිළිබඳ විස්තර

.....
.....
.....

(3) මෙම අනතුර නිසා ඔබට පුරුදු රුකියාවේ නිරත වීමට නොහැකි වී ද ?

.....
.....
.....

(4) මෙම අනතුර හේතු කොට ගෙන ඔබ රෝහලක නැවතී ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේ ද ?
එසේ නම් ප්‍රතිකාර ගත් රෝහලේ නම සහ ලිපිනය ද, ප්‍රතිකාර ගත් කාලය ද සඳහන් කරන්න.

.....
.....
.....

(5) ඔබට ප්‍රතිකාර කරන වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය සඳහන් කරන්න.
ඔහු ඔබගේ පුරුදු වෛද්‍යවරයා ද ?

.....
.....
.....

(6) පසුගිය කාලය ඇතුළත ඔබ කිසියම් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වී තිබේ ද ?
එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර

.....
.....
.....

(7) ඔබට සිදු වූ අනතුර දුටු සාක්ෂිකරුවන් සිටින්නේ නම් ඔවුන්ගේ නම් සහ ලිපිනයන් සඳහන් කරන්න.

.....
.....
.....

(අ.) ඉහත සඳහන් තොරතුරු සියල්ල නිවැරදි සහ සත්‍ය බව මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....
දායකයාගේ / දායිකාවගේ අත්සන
හෝ වම් මාපට ඇඟිලි සලකුණ

(ආ) සිදු වී ඇති ආබාධ හේතුවෙන් අත්සන් කිරීමට නොහැකි නම් ඒ වෙනුවට අත්සන් කළ පුද්ගලයාගේ

නම:-
ලිපිනය :-
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
දායකයාට ඇති ඥාතීත්වය :-
අත්සන : -.....

ග්‍රාම නිලධාරී / ගම්පොළේ සාමාන්‍ය නිලධාරී විසින් ගම්පුරණ කිරීම පිණිසයි

ඉහත සඳහන් දායකයා / දායිකාව විසින් සපයා ඇති තොරතුරු ම විසින් පරීක්ෂා කරන ලද බවත්, ඒවා නිවැරදි හා සත්‍ය බවත්, ඔහු / ඇය මා ඉදිරිපිට දී අත්සන් කළ බවත් වම් මාපටැඟිලි සලකුණ තැබූ බවත් සහතික කරමි.

නම :
තනතුර :
ලිපිනය :

.....
අත්සන හා මුද්‍රාව

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

ගෙවීම නිර්දේශ කරමි/ අතතුර පහත දැක්වෙන හේතු වලින් / හේතුවෙන් සිදුවීම නිසා ගෙවීම නිර්දේශ නොකරමි.

- (අ) ප්‍රකාශිත හෝ අප්‍රකාශිත යුද්ධයක දී සිවිල් යුද්ධයක දී කැරැල්ලක දී, විප්ලවයක දී හෝ රාජ්‍ය විරෝධී කැරැල්ලක දී සිදුවන යුද්ධයක්, ආක්‍රමණයක්, පර සතුරු කටයුතු, ප්‍රතිපක්ෂ කටයුතු ;
- (ආ) දායකයා, පිළිගත් ගුවන් සේවයක ගාස්තු ගෙවූ මගියෙකු වශයෙන් නොවන ගුවන් ගමන් හෝ ගුවන් නැව් හෝ වෙනත් යම් ආකාරයක ගුවන් ගමනක නිරත වෙමින් සිටීමේ ;
- (ඇ) මත්පැන් හෝ මත්ද්‍රව්‍ය වල බලපෑමක් යටතේ සිදු නොකෙරෙන, දායකයාගේ ක්‍රියා ; හෝ
- (ඈ) දායකයකු නීති විරෝධී ක්‍රියාවක් කිරීමට එරෙහිව යම් නීතිය බලාත්මක කිරීමේ අධිකාරියක් විසින් ගනු ලබන නිවැරණ ක්‍රියාවලියක්
- (ඉ) යෝජනා ක්‍රමයේ යම් දායකයෙකු ; සියදිවි භානිකර ගැනීමට තැත් කිරීමෙන් හෝ තමා විසින් ම සිදුකර ගත් තුවාල නිසා අබලතාවට පත් වූ විටක,
- (ඊ) වෙනත් හේතු (සඳහන් කරන්න)

.....
.....
.....
.....

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා මුද්‍රාව