

නීත්‍ය දඬුවමා රක්ෂණ වන්දි වොදීම

ගොමුකළයුතු ලියවිලි :

01. අයදුම්කරුගේ ජාතික හඳුනාගැනීමේ සේවයෝජක මගින් සහතික කළ ජායා පිටපතක්
02. රෝග නිශ්චය තුන්වුව සහ අනතුරු / අසනීපයට අදාළව අයදුම්කරු වෙත ඇති සියලුම වෛද්‍ය වාර්තාවල සේවා යෝජක විසින් සහතික කරන ලද ජායා පිටපත් (වෛද්‍ය මණ්ඩල වාර්තාව ඇත්නම් එයද ඇතුළත්වේ. මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි.)
03. අනතුර/ අසනීපය හේතුවෙන් අයදුම්කරු රැකියාවෙන් විශ්‍රාම ගැන්වූ බව සහතික කෙරෙන සේවයෝජකගේ ලිපියක් හෝ වෛද්‍ය මණ්ඩල තීරණය මත විශ්‍රාම ගැන්වීමේ ලිපිය
04. හදිසි අනතුර සහ ඉන් ලද තුවාල, අසනීපය සහ එය ආරම්භ වූ ආකාරය පිළිබඳවත් ඒ හේතුවෙන් දැනට ඇතිවී තිබෙන නීත්‍ය දඬුවමා වියදම්වත් කෙරෙන පැහැදිලි විස්තරයක් (මෙය අයදුම්කරුගේම අත්සන හෝ ඇගිලි සමකුණු සහිතව ඉදිරිපත් කළ යුතුයි.)

සැලකිය යුතුයි :

- ❖ මෙම අයදුම්පතට ඉදිරිපත් කෙරෙන බැංකු ගිණුම අයදුම්කරුගේම නමින් විවෘත කරන ලද තනි හෝ බද්ධ ගිණුමක් විය යුතුය.
- ❖ ආකෘති Vii පොරොමයේ වෛද්‍ය වෘත්තිකයාගේ ලියාපදිංචි අංකය සමඟ නිල මුද්‍රාව සහිත අත්සන අනිවාර්යෙන්ම සඳහන් විය යුතුය.
- ❖ අයදුම්කරු වෙනුවෙන් අප අරමුදලට දායක මුදල් ගෙවනු ලැබූ අංකය සම්පූර්ණයෙන් (සේවයෝජකගේ අංකය සමඟ සාමාජිකයාගේ අංකය) සඳහන් කළ යුතුය.
- ❖ රෝහලෙන් පිටවූ දින සිට හෝ නීත්‍ය දඬුවමා වියදමට පත්වූ දින සිට හෝ සේවයෙන් ඉවත්වූ දිනය යන කරුණු අතරින් අවසන් සිදුවීමේ දින සිට මාස හයක් (06) ක් ඉක්මවීමට පෙර අයදුම්පත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
- ❖ අසනීපය සිදුවූ දිනට පෙර අවම වශයෙන් වසරක හෝ ඊට වැඩි කාලයක් මණ්ඩලයේ සාමාජිකත්වය තිබිය යුතුයි.

නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද ඉල්ලුම්පත්‍රය අදාළ ලියවිලි සමඟ පහත සඳහන් ලිපිනයට යොමු කරන්න.

කළමණාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)
සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
තැ.පෙ. 807, කමකරු මහලේකම් කාර්යාලය
කොළඹ 05

දුරකථනය : 011-2581704
ෆැක්ස් : 011-2368037

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
නිත්‍ය දුබලතා රක්ෂණ වන්දි (හදිසි අනතුරු/..... රෝගය)
අයදුම්පත්‍රය

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

1 කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුයි)

- 01 සමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :
.....
.....
මුලකුරු වලින් හැඳින්වෙන නම :
.....
.....
 - 02 ලිපිනය :-
 - 03 උපන් දිනය :- වයස :
 - 04 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
 - 05 මඬ සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය :-
 - 06 සේවයෝජකගේ සේ. අ. අ. අංකය/පු. අ. අංකය :
 - 07 සාමාජික අංකය :-
 - 08 සේවය ආරම්භකළ දිනය :-
 - 08 රැකියාවේ ස්වභාවය :-
 - 09 බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තර (මඬගේ බැංකු ගිණුමේ ජායා පිටපතක් අමුණන්න)
 - ❖ බැංකුවේ නම :-
 - ❖ බැංකු ශාඛාව :-
 - ❖ ගිණුම් අංකය :-
- 10 හදිසි අනතුර සිදුවූ /රෝගය වැළඳුන දිනය :-
 - 11 අනතුරෙහි/රෝගයෙහි ස්වභාවය :-
 - 12 රෝහල්ගත වූ දිනය :- රෝහලින් පිට වූ දිනය :-
 - 13 ඇතුළත් කරනු ලැබූ රෝහල :-
 - 14 හදිසි අනතුරු/..... රෝගය හේතුවෙන් මඬ නිත්‍ය දුබලතාවයට පත්වී ඇද්ද/එසේ නම් නිත්‍ය දුබලතාවයට පත්වීම සනාථ කෙරෙන, වෛද්‍යවරයා විසින් නිර්දේශ කරනු ලබන දිනය :-

15 නිත්‍ය දුබලතාවය හේතුව මත රැකියාව අහිමිවූ දිනය :-

ඉහතින් දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත් මට විරුද්ධව උසාවියක නඩු පවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි.

මාපටැගිලි සම්පූර්ණ :

වම

දකුණ

.....
සාමාජිකයාගේ අත්සන

දිනය :-

දුරකථන අංකය :-.....

111 ඉහත කාලසීමාවට අදාළව දායක මුදල් ගෙවන ලද්දේ ආකෘති ආර් 1 මගින්ද? ආකෘති ආර් - 4 මගින් ද?

.....

iv ආකෘති ආර් - 1 මගින් මුදල් ගෙවා ඇත්නම් එම කාලසීමාවට අදාළව ආකෘති 11 වාර්තා

(අ) දැනටමත් මෙහි ආයතනයට වෙත එවා ඇති අතර, එම වාර්තාවේ මහුගේ /ඇයගේ නම ඇතුළත්ව ඇති බවත්,

(ආ) ඉදිරියේ දී එවීමට නියමිත බවත්, එම වාර්තාවේ මහුගේ/ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත් සහතික කරමි.

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

.....
සේවායෝජකගේ අත්සන

නිම මුද්‍රාව :

දිනය :-

දුරකථන අංකය :-.....

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
1980 අංක 46 දරණ සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් පනතට අදාලවූ
වෛද්‍ය සහතිකය

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලයේ සභාපතිතුමා වෙත,

ලියාපදිංචි අංක දරණ වෛද්‍ය වෘත්තික

..... වන මම

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ සාමාජිකයෙකු වන

(සාමාජිකයාගේ නම)

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය

200... ක් වූ මස වන දින වූ මේදින මා

විසින් පරීක්ෂා කරන ලද බවත්, එකී

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය

..... නැමැති

රෝගයෙන් පෙළෙන බවත්, එම දුර්වලතාව

(ප්‍රතිශතය දක්වන්න)

වශයෙන් මහු/ඇය මුළුමනින්ම හා ස්ථිර වශයෙන්ම අශක්ෂතාවයට පත්වීමෙන් තවදුරටත් සේවයට තුසුදුසු බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

එකී

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය

විසින් මහුගේ/ඇයගේ අත්සන හා මාපටැගිලි සම්බන්ධ මෙම සහතිකය මත මා ඉදිරියේ දී තබන ලදී.

සාමාජිකයාගේ මාපටැගිලි සම්බන්ධ :

.....

සාමාජිකයාගේ /සාමාජිකාවගේ අත්සන

වම

දකුණ

.....

වෛද්‍ය වෘත්තිකයන්ගේ අත්සන

දිනය :

නිල මුද්‍රාව :