ප්‍රාථමික කර්මාන්ත හා සමාජ සවිබලගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය
ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය
වකුගඩු රෝගී සුද්ගලයන් සඳහා රු.5000/-ක ජීවනාධාර ලබා දීම

ප්‍රා.ලේ ප්‍රමුඛතා අංකය [ ]

[ ][ ][ ][ ][ ]
(කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා)

A. කොටස

ලේඛ්‍රණ්කය : ..... ප්‍රා/ලේ.කාර්යාලය : .....

ප්‍රා.නි. වසම හා අංකය : .....

1. වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන සුද්ගලයා පිළිබඳ තොරතුරු :

1. සම්පූර්ණ නම : .....
2. හැඳුනුම්පත් අංකය : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3. උපන් දිනය : [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]
4. වයස : [ ] ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය [ ]
5. ලිපිනය : .....
   .....
   .....
6. දුරකථන අංකය : .....

(සමහර සතුව නොමැතිනම් පවුලේ හෝ සුදුසු අයල්වැසියෙකුගේ දුරකථන අංකය සඳහන් කරන්න.)

2. පවුලේ තොරතුරු:

(අ)

නම	රෝහිගාව ඇති නෑදෑකම	උපන් දිනය	ස්ත්‍රී/පුරුෂ	විවාහක/ අවිවාහක

(ආ)

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ තොරතුරු			
අවු.5ට අඩු	පාසල් යන	රැකියා කරන	වෙනත්

3.

1. වකුගඩු රෝගය ඇති වූ කාලයෙන් පසු රුධිරය පිරිපහදු කිරීම ආරම්භ කළ කාලය

වර්ෂය	මාසය	දිනය

2. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල

3. ඉල්ලුම්කරුට ලැබී ඇති ආධාර සහ දැනට ලැබෙන ආධාර (රාජ්‍ය හා රාජ්‍ය නොවන සංවිධානවලින් ලැබෙන මුදලින් හා ද්‍රව්‍යවලින්)

1. මූලා ආධාර (රුපියල්) : .....

2. අබාධිත සිවිනාධාර : .....

3. ද්‍රව්‍යමය ආධාර : .....

මම වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන්නකු බවද, ඉහත සඳහන් කොරහුරු නිවැරදි බවටත් වෙනත් ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලයකින් ආධාර ලැබීමි ඇත්නම් එය ලැබීම නොකළ බවටත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

.....
දිනය

.....
රෝගියාගේ අත්සන

ග්‍රාම නිලධාරිගේ නිර්දේශය

.....මූ සදිංචි.....මහතා/මහත්මිය
මම පොදුගලිකව හඳුනන බවත් ඔහුගේ /ඇයගේ මාසික ආදායම රු.3000/-ට අඩු බවත් වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බවත්, වෙනත් ප්‍රා.ලේ. කාර්යාලයකින් මෙම ආධාර මුදල ඉල්ලා නොමැති බවත්, මෙම මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

.....
දිනය

.....
අත්සන
(ග්‍රා.ශේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මූ දැමිති.....මහතා/මහත්මිය
අඩු ආදායම්ලාභීය. මෙම වකුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

නම : .....
දිනය : .....

.....
අත්සන
(ග්‍රා.ශේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

මෙම වකුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ ඇයට ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

.....
දිනය

.....
අත්සන
(ප්‍රා.ලේකම් නිල මුද්‍රාව)

ඇමුණුම-

Serial Number:

MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE
MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

1. Name of Patient:.....
(රෝගියාගේ නම)
2. Age :.....
(වයස)
3. Sex :.....
(ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය)
4. Address :.....
(ලිපිනය)
5. Name of Clinic/ Hospital:.....
(සායනයේ/රෝහලේ නම)

Ward No :.....
(වාට්ටු අංක)

Clinic No:.....
(සායන අංකය)

I, hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any circumstances.

මා වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වකුගඩු රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා නිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient/රෝගියාගේ අත්සන

6. **This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....of .....is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.**

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients YES | NO

Dialysing commenced on D D M M Y Y Y Y

7. **I recommend that he/she be given assistance from month:.....**

Date:.....

.....
Nephorlogist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.

- **Medical Officer (If clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)**