රහස්‍යයි
இரகசியமானது
CONFIDENTIAL

ඇස්ඇස්/ටීබී/3
SS/TB/3

මධ්‍යම පළාත් සභාව
மத்திய மாகாண சபை

සමාජ සුභසාධන, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා කටයුතු පිළිබඳ දෙපාර්තමේන්තුව
சமூக நலன்புரி, நன்னடத்தை மற்றும் சிறுவர் பாதுகாப்பு சேவை திணைக்களம்
Department of Social Welfare, Probation & Child Care Service affairs

රෝගාධාර යෝජනා ක්‍රමය
நோய் உதவிக்கொடை செயல்திட்டம்

ක්ෂය රෝගය / සැලසීමියාව / පිළිකා / ලාදුරු රෝගාධාර (මූලික) ඉල්ලීම් පිළිබඳව ප්‍රාරම්භ වාර්තාව

காசநோய் / தெலிசீமியா / புற்றுநோய் / லாதுரு (பிரதான) விணணப்பம் பற்றி ஆரம்ப அறிக்கை

දිස්ත්‍රික්කය / மாவட்டம் / District .....

ප්‍රා.ආ.නි. කොට්ඨාශය / பி.வ.அ. பிரிவு / D.R.O. Division .....

වර්ග කිරීම / தரப்படுத்தல் / Classification .....

ග්‍රාමසේවක කොට්ඨාශය / கிராமசேவையாளர் பிரிவு / G.S. Division .....

නේවාසික රෝගියා/බාහිර රෝගියා / உள்நோயாளர் / வெளிநோயாளர் / In-patient/Out-patient .....

1. රෝගියාගේ නම (පෙළපත් නම) / நோயாளியின் பெயர் (முதற்பெயருடன்) / Name of patient (surname) .....

   අනිකුත් නම / வேறு பெயர்கள் / Other Names .....

2. පදිංචි ස්ථානය විස්තර වශයෙන් / வதிவிட விலாசம் / Home address in full .....

3. ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය / பால் / Sex — පුරුෂයා/ස්ත්‍රී / ஆண் / பெண் / Male/Female

4. වයස - (අ) ඉල්ලුම්කරු කී අන්දමට / வயது - (அ) விணணப்பதாரியின் கூற்றுப்படி / Age - (a) Stated by Applicant
   (ආ) පෙනීම අනුව / (ஆ)தோற்றத்தின்படி / (b) By appearance .....

5. විවාහක/අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින / திருமணமானவர் /திருமணமாகாதவர் /விதவை /பிரிந்து இருப்பவர் / Married/ Single/ Widowed/ Separated .....

6. උපන් ස්ථානය / பிறந்த இடம் / Place of Birth .....

7. යැපෙන්නවුන් කැටුව වෙසෙන ස්වාමි පුරුෂයාගේ/භාර්යාවගේ හෝ භාරකාරයාගේ හෝ නම සහ සම්පූර්ණ ලිපිනය : (දෙවැනි කොටුවේ සඳහන් ලිපිනයට වෙනස් නම්) / பணம் பெறுபவருடன் வாழும் கணவர்/மனைவி/பாதுகாவலர் என்போரின் பெயர்களும் முழு விலாசமும் (இரண்டாவது கட்டத்தில் குறிப்பிட்ட விலாசத்திற்கு வேறு) Name & full address or guardian with whom dependants are reading (if address is not the same as cage 2) .....

8. පදිංචිව සිටින්නේ තමන්ගේම ගෙයකද? නොවේනම් ගෙවල් කුලී ගෙවන්නේ නම් කොපමණද? / வசிப்பது தமது சொந்த வீட்டிலா ? வாடகை செலுத்துபவரா ? எவ்வளவு காலம் ? State whether residing in own house or state amount of paid, if any .....

9. යැපෙන්නන් පිළිබඳ විස්තර / தங்கி வாழ்வோர் விபரம் / Particulars of Dependants

(අ) යැපෙන්නාගේ නම / தங்கி வாழ்வோர் பெயர் / Name of Dependant	නෑකම / உறவு முறை / Relationship	ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය / பால் / Sex	වයස / வயது / Age	ඉල්ලුම්කරු/ස්වාමි පුරුෂයා භාර්යාව සමග වෙසේද යන වග / விண்ணப்பதாரி கணவன்/ மனைவியுடன் வசிப்பது பற்றி / Whether residing with app./ Spouse	විශේෂ කරුණු / விசேட குறிப்பு / Remarks

(අ) ඉල්ලුම්කරුගේ ඉහත දැක්වෙන අයවලුන්ගේ පවුලේ ප්‍රධානියාද?
(ஆ) விண்ணப்பதாரி மேலே குறிப்பிடப்பட்டவர்களின் குடும்பத் தலைவரா ?
(b) Is applicant the head of the family in relation to the above ? .....

(ඇ) එක් එක් වැඩිහිටි යැපෙන්නා සම්බන්ධයෙන් යැපීම පිළිබඳ කොන්දේසිය සම්පූර්ණද?
(II කොටසේ III වෙනි කොන්දේසිය අනුව)
(ஆ) ஒவ்வொரு வயது முதிர்ந்த தங்கியிருப்பவர்கள் சம்பந்தமான நிபந்தனைகள் பூரணமானதா?
II வது பகுதியினதும், II பகுதியினதும் நிபந்தனைகளின்படி
(b) Are conditions of dependancy satisfied in respect of each adult dependant - vide Part II Rule (III) .....

10. ආධාර කරුවන් පිළිබඳ විස්තර - රැකියාව, ලබන ආදායම හා රෙගුලියාට හෝ ඔහුගේ පවුලට ලැබෙන නිතිය ආධාර ප්‍රමාණය, කිසිම ආධාරයක් නොලැබෙන්නේ නම් ඊට පස්සේ 12 වෙනි ඡේදයේ සඳහන් කළ යුතුයි.
உதவியாளர்கள் பற்றிய விபரம் - தொழில், கிடைக்கும் வருமானம் நோயாளி அல்லது அவரது குடும்பத்திற்கு கிடைக்கும் நிரந்தர உதவித்தொகை எதுவித உதவிப் பணமும் கிடைக்காவிட்டாலோ அதற்கான காரணத்தை 12 வது பந்தியில் குறிப்பிட வேண்டும்.

Particulars of Supporters - Occupation, income & c.,and amount of regular contribution given, and if no help in given, the r should be included under Section 12

.....

| (අ) ආධාරකරුවන්ගේ සහ ආධාර කළහැකි නෑයන්ගේ නම්
(ஆ) உதவுபவர்களினதும் உதவக்கூடிய உறவினர்களினதும் பெயர்.
(b) Name of supporters & Relations	නෑකම் உறவு முறை Relationship	විවාහක අවිවාහක යනවග திருமண மானவர் திருமணமாகாதவர் Married of Single	ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය பால் Sex	වයස வயது Age	ඉල්ලුම්කරුගේ/ස්වාමි පුරුෂයා/භාර්යාව සමග වෙසේද යන වග விண்ணப்பதாரி கணவன் மனைவியுடன் வசிக்கின்றாரா ? எனபது Whether residing Appl./Spone	රක්ෂාව හා මාසික ආදාය தொழிலும் மா வருமானமு Occupation a Monthly Inco

11. ඉල්ලුම්කරුට හා යැපෙන්නන්ට අයිති වත්කම්, දේපළ, කැන්පන් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර
விண்ணப்பதாரிக்கும் தங்கி வாழ்பவர்களுக்கும் உள்ள சொத்துக்கள் ஆதனம், வைப்பிலிருக்கும் பணம் போன்ற விபரங்க
Particulars of Assets, Property, Savings & c., owned by applicant and dependants -

නම் பெயர் Name	දේපළ, කැන්පන් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර சொத்துக்கள்,ஆதனம்,வைப்பு போன்ற விபரங்கள் Particulars and extent of property savings, & c.	වටිනාකම/ பெறுமதி/ Value		විශේෂ කරුණු விசேட குறிப்பு Remarks
		රු ரூ Rs	ශ. ச. c	

12. ඉල්ලුම්කරුට හා යැපෙන්නන්ගේ සියළු ආදායම් පිළිබඳ විස්තර
விண்ணப்பதாரியினதும் தங்கி வாழ்பவர்களினதும் வருமானம் பற்றிய விபரங்கள்
Particulars of Assets, Property, Savings & c., owned by applicant and dependants -

නම் பெயர் Name	ආදායම් මාර්ග කුමන පිළිවෙලේ ජීවත් යන වග வருமானம் எந்த வழியில் கிடைக்கின்றது என்ற விபரம் Nature, Description of source of income	මාසික ආදායම් ප්‍රමාණය மாதாந்த வருமான அளவு Monthly Amount		විශේෂ කරුණු விசேட குறிப்பு Remarks
		රු ரூ Rs	ශ. ச. c	

13 (අ) මෑතක දී කළ රක්ෂාව
(ஆ) அண்மையில் செய்த தொழில்
(a) Recent employment .....

(අ) අන්තිමට සේවය කරනු ලැබූ ස්වාමියාගේ නම සහ ලිපිනය
(ஆ) அண்மையில் தொழில் செய்த தொழில் தருநரின் பெயரும் விலாசமும்
(a) Name and address of last employer .....

.....

(ඇ) දැනට රක්ෂාවක් කරන්නේද? ලැබෙන ආදායම, පඩි සහිත නිවාඩු ආදිය

වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර
மருத்துவ சிகிச்சை
Medical Treatment

14. (අ) දැනට ප්‍රතිකාර ගන්නා ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ චිකිත්සාගාරයේ නම සහ ලිපිනය
(ஆ) தற்போது சிகிச்சை பெறும் வைத்தியசாலை அல்லது சிகிச்சை பெறும் இடத்தின் பெயரும், விலாசமும்
(b) Name & Address of Hospital or Clinic where treatment is being taken .....

.....

(අ) ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද? බාහිර රෝගියා / නේවාසික රෝගියා
(ஆ) எவ்வாறு சிகிச்சை பெறுகிறார் ? உள்நோயாளி/வெளிநோயாளி
(b) How Treatment is taken "Out-pacient / In - patent" .....

පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ අංකය හා දිනය
பரிசோதனைப் பத்திரத்தின் இலக்கமும், திகதியும்
Dat and number of Check Ticket .....

ඇතුලත්වීමේ/ පිටවී යාමේ දිනය
உள்ளெடுக்கப்பட்ட / வெளியேறிய திகதி
Date of Admission/ Date of Discharge ..... වාර්ඩු අංකය
வார்ட் இல.
Ward No. .....

(අ) ප්‍රතිකාර නොලබන්නේ නම් -
(ஆ) சிகிச்சை பெறாவிட்டால்
(c) If Not taking treatment -

(1) ඉතාම නුදුරින් පිහිටි පෙනහැලි චිකිත්සාගාරයේ, පෙනහැලි ආරෝග්‍යශාලාවේ, දිස්ත්‍රික් ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ පළාත් මඳ ආරෝග්‍යශාලාවේ නම සහ ලිපිනය හා ගෙදර සිට ඇති දුර / (1) மிக அண்மையிலுள்ள இதயச் சிகிச்சை நிலையம் இதய வைத்தியசாலை, மாவட்ட வைத்தியசாலை அல்லது மாகாண வைத்தியசாலையின் பெயரும் விலாசமும் வீட்டிலிருந்து தூர
(1) Name and address of nearest Govt, Chest Clinic, Chest Hospital and District of Provincial Hospital & Distance from Home

.....

.....

(2) පරීක්ෂණය සහ ප්‍රතිකාර ලැබීම සඳහා යමට ඉල්ලුම්කරු ශාරීරික වශයෙන් සුදුසු තත්වයක සිටිද යන වග
(2) பரிசீலனைக்கும் சிகிச்சை பெறுதலுக்கும் செல்வதற்கு விண்ணப்பதாரி உடல் நிலையில் பொருத்தமானவராக இருக்கின்றாரா?
(2) Whether applicant in physically fit to proceed for examination and treatment

.....

.....

15 ඉල්ලුම්කරු/ඉල්ලුම්කාරිය හෝ ඔහුගෙන් /ඇයගෙන් යැපෙන්නන් කිසිවෙකු කලින් රෝගාධාර/ අතිරේක රෝගාධාර ඉල්ලා තිබේද? එසේ නම්, ඉල්ලුම් කළ අයගේ නම සහ ඉල්ලුම් කළ දිනය සඳහන් කරන්න. /விண்ணப்பதாரி அல்லது அவரில் தங்கியிருப்போர் யாராவது ஏற்கனவே காசநோய் உதவி /மேலதிக காசநோய் உதவி விண்ணப்பித்திருந்தாரா ? அவ்வாறாயின் விண்ணப்பித்த திகதியைக் குறிப்பிடவும் /Has applicant or any of his/her dependants applied previously for T.B. Assistance/ Supplements? if so, give names applicant and date of Application :

.....

16 ඉල්ලුම්කරු/ඉල්ලුම්කාරියට හෝ ඔහුගෙන්/ ඇයගෙන් යැපෙන්නන්ගෙන් කිසිවෙකු ආදායම් නිලධාරියාගෙන් හෝ නාගරික සභාවකින් මහජන ආධාර නොගෙන සමාජ සේවා අධිපති තැනගෙන් රෝගාධාර ලැබේද? එසේ නම්, විස්තර සඳහන් කරන්න./ விண்ணப்பதாரிக்கு அல்லது அவரில் தங்கியிருப்பவர் எவருக்காவது வருமான அதிகாரியால் அல்லது நகர சபையொன்றினால் பொதுஜன உதவிகொடை அல்லது சமூக சேவைகள் பணிப்பாளரினால் காசநோய் உதவிக்கொடை கிடைக்கிறதா ? அவ்வாறாயின் விபரங்களைக் கீழே குறிப்பிடவும்./Is applicant or any of his/ her dependants in receipt of Public Assistance from a Revenue Officer Municipal Council or T.B. Assistance from Director of Social Services? If give particulars below :

.....

.....

ලබන්නාගේ නම கிடைப்பவரின் பெயர் Name of Recipient	මාසික මුදල மாதாந்த தொகை Monthly	දෙනු ලබන්නේ කා විසින්ද? யாரால் வழங்கப்படுகிறது ? By whom granted	සහතිකයේ අංකය சான்றிதழ் இல. Certificate No.	ගෙවන කාර්යාලය செலுத்தும் காரியாலயம் Paying Office

17 (අ) නිර්දේශ කළ ගෙවීම් ලබන්නාගේ සම්පූර්ණ නම
(ஆ) சிபாரிசு செய்யப்பட்ட உதவித்தொகை கிடைப்பவரின் முழுப்பெயர்
(a) Full name of Payee recommended .....

(ආ) සම්පූර්ණ ලිපිනය
(ஆ) முழு விலாசம்
(b) Postal address in full .....

(ඇ) ඉල්ලුම්කරුට ඇති තැනම
(இ) விண்ணப்பதாரிக்குள்ள உறவு
(c) Relationship of Applicant .....

(අ) ගෙවන කාර්යාලය/කච්චේරිය/ තැපැල් කන්තෝරුව (ඒ හා බී ශ්‍රේණිය)

18. ..... වන මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි සහ සම්පූර්ණ තොරතුරු බවට මෙයින් සහතික කරමි.

..... එන්නෙ වලංගුකර්පට්ටුන්ල විපරංකළ් පිළැයර්ර උණ්මයානතුම් එන ඉංකු උරුතිප්පටුත්තුකිරේන්.

I..... hereby declare that the above informat supplied by me is true and correct.

දිනය / திகதி / Date } .....

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන/ වම් මාපටැඟිලි සලකුණ
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் அடையா
Signature of Thumb Impression of Applicant

---

19. ස.සේ.නි. දක්වන කරුණු
ச.சே.அ. / பி.வ. அதிகாரி குறிக்கும் விடயங்கள்
Remarks of S.S.O.

ඉල්ලුම්කරු*/ ස්වාමිපුරුෂයා*/ භාර්යාව හෝ භාරකරු පොදුවලින්කව හමුවූ බව සහතික කරන අතර යට දැක්වුණු කරුණු අනුව මම හදිසි*/ හදිසි නොවන ඉල්ලීමක් බව මා අදහසය.
விண்ணப்பதாரி*/ கணவன்*/ மனைவி அல்லது பாதுகாவலரை நேரில் சந்தித்தேன் என உறுதிப்படுத்துவதுடன், கீழே குறிப்பிடப்படும் விபரங்களுக்கேற்ப இந்த அவசர*/ அவசரமற்ற விண்ணப்பம் என்பது எனது கருத்தாகும்.
I certify that I have personally seen the applicant*/ spouse or guardian and recommend*/ do not recommend the applicatic for the reasons stated above. In my opinion, the application is urgent*/ not urgent

දිනය / திகதி / Date } .....

.....
ස.සේ.නි./ අත්සන
ச.சே.அ./பி.வ. அதிகாரியின் கையொப்பம்
Signature of S.S.O

රෝගිය විසින් සපයා ඇති තොරතුරුවල සත්‍යතාව සන්ධ්‍යය ගැන ද යැපෙන්නන්, රෝගියා ලබන ආදායම්, නිර්දේශ කරන ලද ප්‍රමාණය කරුණු ගැනද ඔබගේ අදහස් හා වෙනත් කිවයුතු අදාල කරුණු ඇතොත් ඒවා ද ඉහතින් ඇති හරස් තීරයේ සඳහන් කරන්න.
நோயாளியினால் வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்களின் உண்மை பொய் தன்மைகளுக்கேற்ப தங்கியிருப்போர், நோயாளி பெறும்வருமான சிபாரிசு செய்யப்படும் விபரங்கள் பற்றி உங்களது கருத்துக்களையும் குறிப்பிடக்கூடிய விபரங்களிருப்பின் அவற்றையும் மேலேயுள்ள வெற்றிடத்தில் குறிப்படவும்.
Please state in the space provided above your own observations on the correctness or other wise of the information furnished Signature of S.S.O. / D.R.O. by the patient and also regarding dependants, income available, amount of assistance recommended and any other relevant remarks.

*අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න/ * தேவையற்றவைகளை வெட்டி விடவும் *Cross out if inapplicable

---

දිනය / திகதி / Date } .....

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් / பிரதேச செயலாளர் / Divisional Secrat

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා / காரியாலய உபயோகத்திற்காக / For Office use only