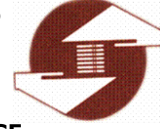




සේවා නියුක්තියන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
 ஊழியர்நம்பிக்கைப் பொறுப்புநிதியச் சபை
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD



නොමිලේ නිකුත් කරනු ලැබේ/இலவசமாக வழங்கப்படுகின்றது/ISSUED FREE OF CHARGE

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා
 அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு / For office use only

ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත
கோரல் விண்ணப்பப்படிவம்
CLAIM APPLICATION FORM

(සේවා නියුක්තිය අවසන් වීම / தொழில் முடிவுறுத்தல் / Cessation of Employment)

වැදගත්: අසම්පූර්ණ ලෙස ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් සඳහා ප්‍රතිලාභ ගෙවීම ප්‍රමාද විය හැකිය. කරුණාකර අයදුම්පත පිරවීමට ප්‍රථම උපදෙස් කියවන්න.

முக்கியமானது: பூரணமாக நிரப்பப்படாத விண்ணப்பப்படிவங்கள் கொடுப்பனவினை மேற்கொள்வதில் காலதாமதத்தை ஏற்படுத்தும். விண்ணப்பப்படிவத்தை நிரப்புவதற்கு முன்னர் தயவுசெய்து பின்னிணைப்பின் அறிவுறுத்தல்களை வாசிக்கவும்.

Important: Incomplete applications would cause delay in payment. Please read instructions in the annexure before filling the application form.

පළමු කොටස / முதலாம் பகுதி / PART ONE

➤ සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය / அங்கத்தவரால் நிரப்பப்படுவதற்கு / To be completed by the member.

- (i) ජාතික හැඳුනුම්පතට අනුව සම්පූර්ණ නම: }
 தே.அ.அ. உள்ளவாறுஅங்கத்தவரின் முழுப் பெயர்: }
- (i) ලිපිනය: }
 முகவரி : }
 Address : }
- (ii) දුරකථන අංකය: }
 தொலைபேசி இலக்கம்: }
 Telephone No: }
 නිවස : }
 வதிவிடம்: }
 Residence: }
 ජංගම : }
 கையடக்கத் }
 Mobile: }
- උපන් දිනය : }
 பிறந்த திகதி : }
 Date of birth: }
- ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය: }
 தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் }
 NIC No.: }
- පියාගේ සම්පූර්ණ නම: }
 அங்கத்தவரின் தந்தையின் முழுப் பெயர் : }
 Father's Full name: }

6. ප්‍රතිලාභ අයදුම් කරනු ලබන ආයතනය / ආයතන පිළිබඳ විස්තර පහත කොටුවේ පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න.
 நீங்கள் சமர்ப்பிக்கின்ற கோரல் தொடர்பான தொழில்தருநரின் விபரங்களை கீழேயுள்ள அட்டவணையில் தெளிவாக எழுதவும்.

Clearly write the details of the employers in respect of which you are submitting this claim, in the box below.

| සේවය ඇරඹූ දිනය நியமனத் திகதி Date of commencement | සේවය අවසන් වූ දිනය தொழில் முடிவுறுத்தல் திகதி Date of cessation of employment | ආයතනයේ / වත්තේ නම தாபனம் / தோட்டத்தின் பெயர் Name of Establishment / Estate | සේවයේ අංකය தொழில்தருநரின் இல. Employer No. | සාමාජික අංකය அங்கத்தவரின் இல. Member No. | අවසන් වරට දරන ලද තනතුර இறுதியாகவகித்த பதவி Last Position held |
|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7. சேவிய அபிசன் வீமம ஸேவிய
தொழில் முடிவுறுத்தலுக்கான காரணம்
Cause of cessation of employment }

8. (i) டுனம சேவியே யேடி ஸிவினமீ, சிம சேவிய ஸீபானயே நம:
தற்போதுபணியில் அமர்த்தப்பட்டிருந்தால் தொழில்தருநரின் பெயர்: }
If employed presently, name of Employer: }

(ii) சேவியேசக அகைய:
தொழில்தருநர் இல:
Employer No: }

(iv) சாமாசீக அகைய:
அங்கத்தவர் இல : }

9. டுனக ஶிசூம சிலிடுத நொருரு (சபுதேச அக 05 டுனன்) / வங்கிக் கணக்கின் விபரங்கள் (05 ஆம்
இலக்கஅறிவுறுத்தலைவாசிக்கவும்) / Details of bank account (Please refer Instruction No. 05)

(i) டுனகுவே நம
வங்கியின் பெயர் }
Name of bank }

(ii) டுனக ஶாமாவே நம
வங்கிக் கிளையின் பெயர் }
Name of bank branch }

(iii) ஶிசூம அகைய / கணக்கு இல. / Account No :

(iv) ஶிசூம வர்கய / கணக்கின் வகை / Type of account :

- ஒகிரி கிரிமீ / சேமிப்பு / savings
- கைவல / தனிப்பட்ட / self
- டுனம் / இணைந்த / joint
- சமம / நடைமுறை / current
- கைவல / தனிப்பட்ட / self
- டுனம் / இணைந்த / joint

ஶுத டுனகி ஶொருரு ஸநா ஸந ஶிவர்கி டவ மம மெயிந் சுகாஶ கரமீ. மெஶி அஸநா ஶொருரு ஸுசஸூவஶொந், மம
வர்கி டவ சமாவிக நகி சவர்கி ஶுசஸூ வகி டவ மம டுகிமீ.

இந்தவிண்ணப்பப்படிவத்தில் என்னால் தரப்பட்டமேலுள்ளவிபரங்கள் அனைத்தும் உண்மையானவையும், சரியானவையும்
என்பதை நான் இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். ஏதேனும் தவறான தகவல்களை நான் வழங்கினால் சட்ட நீதிமன்றமொன்றில்
வழக்குத் தொடுப்பிற்கு ஆளாவேன் என்பதை நான் அறிவேன்.

I do hereby certify that the foregoing facts given by me in this application are true and correct. I am aware that if I furnish any false information, I am liable to be prosecuted in a Court of Law.

சாமாசீகயாளே மஶசம டுசிலி ஸலகூசூ:
அங்கத்தவரின் கைவிரல் அடையாளம்:
Thumb impressions of Member :

.....
சாமாசீகயாளே அந்ஸந
அங்கத்தவரின் கையொப்பம்/Signature of Member

வம
இடது
Left

டுகூசூ
வலது
Right

டிகய / திகதி / Date:

டெவன கமாவச / இரண்டாம் பகுதி / PART TWO

➤ அபிசான சேவிய சேசகயா வீசின் ஸமீசூசூ கல சுகூசூ / தொழில்தருநரினால் நிரப்பப்படுவதற்கு /
To be completed by the last employer.

1. (i) சேவியேசக அகைய:
தொழில்தருநர் இல:
Employer No: }

(ii) சாமாசீக அகைய :
அங்கத்தவர் இல:
Member No: }

2. சாமாசீகயா வெசுவென் டாயக மூடல் ஶெவன டுட நம
உறுப்பினர் சார்பாக செலுத்தப்பட்ட பங்களிப்பின் பெயர்
Name of member against which contributions were paid }

3. சாமாசீகயாளே சானிக ஶுசூசூசு அகைய :
அங்கத்தவரின் தேசிய அடையாள அட்டை இல
Member's NIC No: }

4. சேவிய அபிசன் மூ டிகய:
தொழில் முடிவுறுத்தலுக்கான காரணம் : }

5. சேவையே துண்டிக்கும் காரணம்: }
 தொழில் முடிவுறுதல் துண்டிக்கக்காரணம்: }
 Cause of cessation of employment: }

6. சமூகிகையே வெறுவென் டாயக இடல் லீர் கல் கால பரீவீசேடயே சடலன் கர்ன்.
 அங்கத்தவர் சார்பாக உதவு தொகைகள் அனுப்பப்பட்ட காலப்பகுதியே கீழே குறிப்பிடவும்.
 State the period for which **contributions were remitted** on behalf of the member.

| | | | | | | |
|-------------|-------|---|--------------|---------|---|--------|
| ஊர்மீயை: | வரீசய | } | [][][][] | மாயச | } | [][] |
| ஆரம்பம் : | ஆண்டு | | | மாதம் | | |
| Started in: | Year | | | Month | | |
| ஊரீசாயச | வரீசய | } | [][][][] | மாயச | } | [][] |
| முடிவுறுதல் | ஆண்டு | | | மாதம் : | | |
| Ended in | Year | | | Month | | |

7. ஊரீசாயச மாயச 12 சமூகிகையே வெறுவென் டெவன லீட டாயக இடல் வீசீநரய
 அங்கத்தவருக்காகச் செலுத்தப்பட்ட இறுதி 12 மாதத்திற்கான உதவு தொகைகளின் விபரங்கள்
 Details of contributions paid on behalf of the member for the last 12 months

வீடலன் / முக்கியமானது / Important

சேவையே துண்டிக்கும் கால மாயச டன்வா டாயக இடல் டெவா நிகைல் படி படுகைக் டயடீபன சலநிகை கர்ன்.
 சேவையே முடிவுடைந்த மாதம் வரையிலான பங்களிப்புத் தொகையை செலுத்திய பின்னர் விண்ணப்பத்தை உறுதிப்படுத்தவும்.

Please certify the application only after paying contributions up to the date of cessation of employment.

| வரீசய னா மாயச ஆண்டு மற்றும் மாதம் Year and Month | இடல் / தொகை / Amount Rs. Cts. | காரீயாலீயே பூயேசீசனயே சடலா / அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு/ For Office use only. |
|--|-------------------------------------|---|
| 202... சன. / ஜனவரி / Jan. | | |
| 202... பை. / பெப்ரவரி / Feb. | | |
| 202... மார்ச் / மார்ச் / March | | |
| 202... அபிரீல் / ஏப்பிரல் / April | | |
| 202... மே / மே / May | | |
| 202... ஜூன் / ஜூன் / June | | |
| 202... ஜூலை / ஜூலை / July | | |
| 202... அகஸ்ட் / ஓகஸ்ட் / Aug. | | |
| 202... செப்டம்பர் / செப்டம்பர் / Sep. | | |
| 202... ஓக்டோபர் / ஓக்டோபர் / Oct. | | |
| 202... நவம்பர் / நவம்பர் / Nov | | |
| 202... டிசம்பர் / டிசம்பர் / Dec. | | |
| சுகைவு மொத்தம் / Total | | |
| சுகைவு டிகூரீன் சொற்களில் மொத்தம் Total in words | | |

මෙම සේවකයා අප ආයතනයේ සේවයෙන් ඉවත්වී ඇති බවත්, ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත්‍රය අත්සන් කොට ඔහුගේ / ඇයගේ මහපැරිලි සලකුණු මා ඉදිරිපිට තැබූ බවත් සහතික කරමි.

මෙම සේවකයා අප ආයතනයේ සේවයෙන් ඉවත්වී ඇති බවත්, ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත්‍රය අත්සන් කොට ඔහුගේ / ඇයගේ මහපැරිලි සලකුණු මා ඉදිරිපිට තැබූ බවත් සහතික කරමි.

The above employee has ceased his / her employment with us and the employee placed his/ her thumb marks and signature in my presence.

ඉහත සඳහන් කරුණු සත්‍ය සහ නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. අයදුම්කරුට ගෙවනු ලබන්නා වූ දායක මුදල සත්‍ය වශයෙන් අරමුදලට ප්‍රේෂණය කර ඇති දායක මුදලට වඩා වැඩි වුවහොත්, එම වෙනස සේ.නි.භා.අරමුදල් මණ්ඩලයට ගෙවන බවට පොරොන්දු වෙමි. මෙම ප්‍රතිලාභ ඉල්ලීම සම්බන්ධයෙන් වැරදි වාර්තා හෝ තොරතුරු සැපයීම/ඉදිරිපත් කිරීම හෝ එසේ කිරීමට අනුබල දීම හේතුවෙන් ගෙන වරදකරුවෙකු වුවහොත් 1980 අංක 46(1) දරණ සේවා නියුක්තියන්ගේ භාර අරමුදල් පනතේ 39 වන වගන්තිය යටතේ දඩයකට හෝ සිර දඬුවමකට යටත් විය හැකි බව මම දනිමි.

මෙම සේවකයා අප ආයතනයේ සේවයෙන් ඉවත්වී ඇති බවත්, ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්පත්‍රය අත්සන් කොට ඔහුගේ / ඇයගේ මහපැරිලි සලකුණු මා ඉදිරිපිට තැබූ බවත් සහතික කරමි.

I certify that the information furnished above is true and correct. If the amount refunded to the applicant is greater than the actual amount of contributions remitted on behalf of the applicant, I undertake to pay such difference to Employees' Trust Fund Board by our Company / Estate/ Institute. I also certify I am aware that if I furnish or cause to be furnished any false return or information relating to this claim I shall on conviction be liable to a fine or imprisonment under Section 39 of the Employees' Trust Fund Act No. 46 (1) of 1980.

සේවයේ ජකගේ නම } සහතික කරන නිලධාරියාගේ / රහස්‍යවලට අත්සන් / අත්සන් කළ /
 தொழில்தருநரின் பெயர் } Certifying officer's
 Employer's Name }

ලිපිනය: } නම/ பெயர் / Name.....
 முகவரி : }
 Address: } අත්සන / ஒப்பம் / Signature

දුරකථන අංක } නාමය / பதவி / Designation.....
 தொலைபேசி }
 Tele. Number }

දිනය / திகதி / Date: නිල මුද්‍රාව }
 අලුතින් අත්සන් කළ /
 Official Seal }

කළමනාකරු - ප්‍රතිලාභ (මුකාමයාගේ - கோரல்கள்) Manager - Claims
 සේවා නියුක්තියන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය (ඉඩුපුරුමයේ) Employees 'Trust Fund Board
 19 මහල, මෙහෙවර පියස 19 ஆவதுமாடி,மெஹேவரபியசுபை 19th Floor, Mehewara Piyesa
 තැ.පෙ. 807, කොළඹ 05. த.பெ.807, கொழும்பு-05. P.O.Box 807,Colombo 05.

දුරකථනය } 011-7747200 (දුරකථන) } විද්‍යුත් ලිපිනය } mgrclm@etfb.lk
 தொலைபேசி } 011-2581704 (දුරකථන) } மின்னஞ்சல } E-Mail
 Tel. } Fax }

වට්ස්ඇප් } 071-3101917 (වට්ස්ඇප්) } වෙබ් අඩවිය }
 புலனும் } இணையதளம் } www.etfb.lk
 Whatsapp } web site }

- (iii) உங்களது வங்கிக் கணக்கினை நீங்கள் 06 மாத காலத்திற்கு செயற்படுத்தாதிருந்தால், இந்த விண்ணப்பத்தில் அந்த வங்கி பற்றிய விபரங்களை வழங்குவதற்கு முன்னர் அது செயற்பாட்டிலுள்ளதா என்பது பற்றி பரிசீலிக்கவும்.
 - (iv) உரிமைக் கோரல் விண்ணப்பப்படிவத்தைச் சமர்ப்பித்ததன் பின்னர் வங்கிக் கணக்கு இலக்கம் மாற்றப்பட்டால் ஆதார ஆவணங்களுடன் புதிய கணக்கு இலக்கம் பற்றிய விபரங்களை சபைக்கு தயவுசெய்து அறிவிக்கவும்.
 - (v) விண்ணப்பப்படிவத்தில் தரப்பட்டிருக்கின்ற விண்ணப்பதாரியின் பெயர் வங்கிக் கணக்கிலிருக்கின்ற பெயரிலிருந்து வேறுபடுமாயின், வங்கியினால் அது திருத்தப்பட்டு அந்த திருத்திய வங்கிப் புத்தகத்தின் நிழற்படப் பிரதியொன்றை சமர்ப்பிக்கவும்.
10. அங்கத்தவர் தொழில் வழங்குநரின் முன்னிலையில் தனது பெருவிரல் அடையாளத்தையும் கையொப்பத்தையும் இடுதல் வேண்டும்.
 11. தொழில் வழங்குநர் வசம் இறப்பர் முத்திரை இல்லாதிருப்பின் அது பற்றி தொழில் வழங்குநரால் கடிதமொன்றின் மூலம் தெரியப்படுத்துதல் வேண்டும்.
 12. பூரணப்படுத்திய உரிமைக் கோரல் விண்ணப்பங்களை சபையின் தலைமை அலுவலகத்தில் அல்லது பிராந்திய அலுவலகங்களில் கையளிக்க முடியும்.

EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD - PAYMENT OF CLAIMS

General Instructions

A member is entitled to withdraw ETF balance on termination of employment. However,

- (i) A claim for refund of contributions cannot be submitted while being employed, in respect of the current employer.
 - (ii) Having obtained payment for a claim, another claim application/s could be submitted only after five years from the date of ending employment for which the previous claim was made. Termination of employment is compulsory even in this case.
1. Employees' Trust Fund Board has the right to request the member to submit whatever documents in proof of termination of employment.
 2. In case a member has worked under more than one Employer, a separate application for each Employer has to be submitted. All applications, which should be certified by respective Employers, should be submitted all together.
 3. If you have worked in several institutions, you can certify the application from the last institution, and submit the application along with a document confirming the service to the previous institutions. VI-A applications for estates and institutions previously employed with the PF letter must be certified separately by the employer and submitted simultaneously.
 4. In the event the Employer has closed down business, member should fill in Part I of this application form. In addition, Form VI-C and indemnity letter should be completed and certified by the Grama Niladhari and the Divisional Secretary in your area.

Instructions for completion of the Claim Application

5. Please write the member's **name in English block letters** in 1 (i) of 1st page.
6. Any change of address after submission of the application should be notified to the Board.
7. Please give a contact telephone number.
8. Please submit a photo-copy of the National Identity Card certified by the last Employer
9. (i) Members who do not have a Bank Account in their name or jointly are requested to open an account at any branch of a Bank convenient to the member before making this claim and give details of the account in the application form. Please note the following:
 - (ii) Attach a clear photocopy of the Pass Book or Statement showing the Bank, branch ,account number, name and address of the account holder.
 - (iii) If you have not used your Bank account during the period of last 6 months, please check whether it is in operation before you give the bank account details in the application.
 - (iv) If the Bank account is changed after submission of the claim application, please notify the Board the details of the new Bank account along with supporting documents.
 - (v) If the name given in the Claim application differs from the name appearing in the Bank Pass Book, please get the Bank to correct the name and submit a photo-copy the Pass Book.
10. Member is required to place thumb impressions and signature in the presence of the Employer.
11. If a rubber stamp is not available, the Employer should state so in a letter.
12. Completed applications may be handed over to the Head Office or Regional Offices of the Board.