



**සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபை
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD**



නොමිලේ නිකුත් කරනු ලැබේ
இலவசமாக வழங்கப்படுகின்றது
ISSUED FREE OF CHARGE

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා
அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு/For office use only

**මරණ ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත
இறப்பு கோரல் விண்ணப்பப்படிவம்
DEATH CLAIM APPLICATION FORM**

1980 අංක 46 දරණ සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් පනතේ 25 වන වගන්තිය යටතේ නාමිකයෙකු, උරුමකරයෙකු, අද්මිනිස්ත්‍රාසිකරුවකු, බලකරුවකු විසින් ප්‍රතිලාභ සඳහා කරනු ලබන ඉල්ලීම.

1980 ஆம் ஆண்டின் 46 ஆம் இலக்க ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சட்டத்தின் 25 ஆம் பிரிவின் கீழ் அனுசூலங்களுக்காக பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவர் /உரித்தாளர் /நிருவாகி / நிறைவேற்றுகளால் செய்யப்பட்ட கோரல்

CLAIM MADE BY A NOMINEE/HEIR/ADMINISTRATOR/EXECUTOR FOR BENEFITS UNDER SECTION 25 OF THE EMPLOYEES' TRUST FUND ACT NO. 46 OF 1980.

- වැදගත් :** අසම්පූර්ණ ලෙස ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් සඳහා ප්‍රතිලාභ ගෙවීම ප්‍රමාද විය හැකිය. කරුණාකර අයදුම්පත පිරවීමට ප්‍රථම 8 වන පිටුවේ සඳහන් උපදෙස් කියවන්න.
- முக்கியமானது :** பூரணமாக நிரப்பப்படாத விண்ணப்பப்படிவங்கள் கொடுப்பனவினை மேற்கொள்வதில் காலதாமதத்தை ஏற்படுத்தும். விண்ணப்பப்படிவத்தை நிரப்புவதற்கு முன்னர் தயவுசெய்து 8 ஆம் பக்கத்தில் தரப்பட்டுள்ள அறிவுறுத்தல்களை வாசிக்கவும்.
- Important :** Incomplete applications would cause delay in payment. Please read instructions given in the page 8.

1 වන කොටස / பகுதி I / PART I

මියගිය සාමාජිකයා පිළිබඳ තොරතුරු / இறந்த அங்கத்தவரின் விபரங்கள் / Details of deceased member

- 1 (i) සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමඟ): මහතා/මහත්මිය/මෙනෙවිය
அங்கத்தவரின் பெயர் (முதலெழுத்துக்களுடன்): திரு/திருமதி/செல்வி }
Member's name (with initials): Mr/Mrs/Miss }
- (ii) සම්පූර්ණ නම:
முழுப்பெயர்: }
Name in full: }
- (iii) වෙනත් නම්:
ஏனைய பெயர்கள்: }
Other Names: }
2. සාමාජිකයාගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:
தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்: }
Member's National Identity Card No.: }

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. උපන් දිනය
பிறந்த திகதி }
Date of birth }
4. විවාහක / අවිවාහක බව
திருமணமானவர் / திருமணமாகாதவர் }
Married / Unmarried }
5. විවාහක නම් ස්වාමීපුරුෂයාගේ / භාර්යාවගේ නම
திருமணமானவராயின் வாழ்க்கைத் துணையின் பெயர் }
If married, full name of spouse }
6. මියගිය සාමාජිකයාගේ පියාගේ සම්පූර්ණ නම
இறந்த அங்கத்தவரின் தந்தையின் முழுப்பெயர் }
Full name of deceased member's father }

7. மீயகிய சாலாசீகலய சேவல கல ஁யகல வல லீசீகர ஁னூபீசீலேல ஁னூவ சலல கலலுலே சலகலடீசீல சடகலீ கரலீல. ஁லுலில் ஁றுதல ஁லர் வரலயும் ஁லுலில்லரு஁ர் ப஁றலய வல்பரங்கலள காலவரலசைப்படி ஁லளலவாக ஁ழுதவும்
Write clearly the details of employers up to the last day of employment - in chronological order

சேவல ஁ரலு ஁லய ஁யமளத தலகதல Date of appointment	சேவல ஁லசலீ ஁ ஁லய ஁லுலில் ஁டிவறுத்தல் தலகதல Date of cessation of employment	஁யகலகலே / வல்சே ஁ல தலபளம் / ஁லுடடத்தலன் பெயர் Name of Establishment / Estate	சேவலலேசல ஁லய ஁லுலில்லரு஁ரலன் ஁ல. Employer No.	சாலாசீக ஁லய ஁லங்கத்தவரலன் ஁ல. Member No

8. (i) சாலாசீகலய மீயகிய ஁லய ப஁றத தலகதல
Date of death } (ii) மீய ஁லல ஁ேலு
஁றுப்ப஁ற்கான காரணம் }
Cause of death

9. ஁லசீகல சாலாசீகலயலே சீவல்வ சீலீல ஁ல மீயகிய சீயலுல ஁ரலவல் சீசீலு லீசீகர:
஁றுத ஁லங்கத்தவரலன் ஁யலருடளலருக்கீன்ற ஁ற்றும் ஁றுத பல்ளளகள் ஁லளவரலளதும் வல்பரங்கள்:
Particulars of all surviving and deceased children of the deceased member:

஁ல / பெயர் / Name	஁லல் ஁லய / ப஁றத தலகதல / Date of birth	சீவல்வ சீலீலு ஁யலருடளலரு க்கீன்றாரா? Is Living?	மீயலலே ஁ல மீயகிய ஁லய ஁றுத்தலருந்தால் ஁றுத தலகதல If death, date of death	஁லீலய / ஁லவரல / Address

10. ஁லுலவ ஁ல சீலலுசீலுசலய ஁லகலனூகலலவ ஁லலீ சீலீலலே ஁ல ஁ல ஁ல்கசல லீ சீலீலலே ஁ல, லல ஁லலீலல / ஁ல்கசல ஁ல ஁லசர ஁ல ஁ல்கலலலே ஁ல, ஁ல ஁லய ஁ல ஁லலலய ஁ல ஁ல ஁லய :
வாழ்க்கைத்தலணை சட்டரீதலயாக ப஁றதலருந்தால் ஁லலது வல்வாகரத்தலப் பெற்றலருந்தால் ஁லலளறத்தலன் பெயர்,வழக்கு ஁லக்கம் ஁ற்றும் கட்டளளத் தலகதல
If the spouse has been legally separated or divorced, state the name of court, Case Number and date of order:

2 වන කොටස / பகுதி II / PART II

ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු / விண்ணப்பதாரியின் விபரங்கள் / Details Of Applicant

01. ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම:
 விண்ணப்பதாரியின் முழுப்பெயர்: }
 Full name of applicant : }

02. ලිපිනය }
 முகவரி }
 Address }

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය }
 அடையாள அட்டை இலக்கம் }
 National Identity Card No. }

04. දුරකථන අංකය }
 தொலைபேசி இலக்கம் }
 Telephone No. }
 නිවස }
 வதிவிடம் }
 Home }
 ජංගම }
 கைத்தொலைபேசி }
 Mobile }

05. හැසිරීය සාමාජිකයාට අර්ථ ශ්‍රාවි සම්බන්ධතාවය හා ඉල්ලුම්කරු මියගිය අයගේ }
 නාමිකයා ද/උරුමකරු ද/ අද්මිනිස්ත්‍රාසිකරු ද/අන්තිම කැමැති පත්‍රයේ බලකරුද යන වග }
 இறந்த அங்கத்தவருடனான உறவுமுறை மற்றும் விண்ணப்பதாரி,பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவர்/ }
 உரித்தாளி /தோட்டத்தின் நிருவாகி /இறந்த அங்கத்தவரின் இறுதி விருப்பத்தை நிறைவேற்றப்பவர் }
 Relationship of deceased member and is applicant nominee/heir/ }
 administrator of the estate/executor of Last will of the deceased member }

06. ඉල්ලුම්කරු හැසිරීය සාමාජිකයාගේ ස්වාමීපුරුෂයා හෝ }
 භාර්යාව හෝවන්නේ නම්, කාලතයා ජීවත්ව සිටීද? යන වග හා }
 ජීවත්ව සිටින්නේ නම්, කාලතයාගේ නම හා ලිපිනය : }
 உரிமைகோருநர் இறந்த அங்கத்தவரின் வாழ்க்கைத்துணை }
 இல்லையெனில்,வாழ்க்கைத்துணை உயிருடன் இருக்கின்றாரா? }
 அவ்வாறாயின் வாழ்க்கைத்துணையின் பெயர் மற்றும் முகவரி }
 If the claimant is not the spouse of the deceased member, }
 is the spouse living? if so name and address of the spouse }

07. ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තර :
 விண்ணப்பதாரியின் வங்கிக் கணக்கு விபரங்கள்:
 Details of Bank account of the applicant :

බැංකුවේ නම වங்கිකියිනි பெயர் Name of bank	බැංකු ශාඛාව வங்கிக் கிளை Bank branch	ගිණුම් අංකය கணக்கு இல. Account No	ගිණුම් වර්ගය (ඉතිරි කිරීම් / ජංගම/බද්ධ கணக்கின் வகை (சேமிப்பு / நடைமுறை / இணைந்தது) Type of account (savings/current/joint)

ඉහත දැක්වූ තොරතුරු සත්‍ය සහ නිවැරදි බව මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත්, මට විරුද්ධව උසාවියක නඩු පවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි.

இந்த விண்ணப்பப்படிவத்தில் என்னால் தரப்பட்ட மேலுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மையானவையும், சரியானவையும் என்பதை நான் இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். ஏதேனும் தவறான தகவல்களை நான் வழங்கினால் சட்ட நீதிமன்ற மொன்றில் 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 shall be liable to be prosecuted in a Court of Law.

ඉල්ලුම්කරුගේ මහපට ඇඟිලි සලකුණු:
 விண்ணப்பதாரியின் கைவிரல் அடையாளம்:
 Thumb impressions of applicant :

වම / இடது Left දකුණ / வலது Right

.....
 ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන
 விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்/Signature of applicant

දිනය / திகதி / Date:.....

3 වන කොටස / பகுதி III / PART III

අවසාන සේවා යෝජකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි / இறுதித் தொழில்தருநரினால் பூரணப்படுத்தப்படுவதற்கு / TO BE COMPLETED BY THE LAST EMPLOYER

01. ආයතනයේ / වත්තේ නම සහ ලිපිනය :
 தொழில்தருநர் / தோட்டத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி }
 Name of Employer / Estate and address: }

02. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :
 அங்கத்தவரின் முழுப் பெயர்: }
 Full name of the member : }

03. සාමාජිකයාගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
 அங்கத்தவரின் தேசிய அடையாள அட்டை இல: }
 Member's NIC No: }

04. (i) සේවයේදී අංකය :
 தொழில்தருநர் இல: }
 Employer's No: }
 (ii) සාමාජික අංකය :
 அங்கத்தவர் இல: }
 Member's No: }

05. (i) මියගිය දිනය :
 பிறந்த திகதி : }
 Date of Death : }
 (ii) මිය යාමට හේතුව :
 இறப்பிற்கான காரணம்: }
 Cause of Death: }

06. සාමාජිකයා වෙනුවෙන් දායක මුදල් බැර කළ කාල පරිච්ඡේදය පහත සඳහන් කරන්න.
 அங்கத்தவர் சார்பாக உதவுதொகைகள் அனுப்பப்பட்ட காலப்பகுதியை கீழே குறிப்பிடவும்.
 State below the period for which contributions were remitted on behalf of the member.

ආරම්භය: ஆரம்பம்: Started in:	වර්ෂය ஆண்டு Year	මාසය மாதம் Month
අවසානය: முடிவு: Ended in:	වර්ෂය ஆண்டு Year	මාසය மாதம் Month

07. මියගිය මාසයේ ගෙවන ලද වැටුප
 அங்கத்தவர் இறந்த மாதத்திற்காக செலுத்தப்பட்ட வேతனம் }
 Salary paid for the month in which the member died }

08. මෙම සේවකයා මිය යන ලද්දේ සේවා නියුක්තිය අවසන් කිරීමට පෙර ද? පසු ද? යන වග:
 இறக்கின்றபோது அங்கத்தவர் தொழிலில் இருந்தாரா அல்லது தொழிலிலிருந்து நீக்கப்பட்டிருந்தாரா }
 Whether the member was in employment or }
 ceased employment at the time of death }

09. අවසානයට සේවය කළ දිනය :
 அங்கத்தவர் இறுதியாக பணிபுரிந்த திகதி : }
 Last date on which the member was employed : }

10. டூசக இடல் டேலீ஡ சிலி஡ல் லீசீ஡ர / சல்லுத்தியுள்ள ஁தவுதூகையின் விபரங்கள் / Details of contributions

I. ஡ல் சலூசீகல ல஡ ஡யநலயீ சீலீய ஡ரலீக கல் டீ஡ சீ஡ ஡ீயலீ டீயல டீலல லு லேலுலேலீ ஡஡ கர஡ ஡ டூசக இடல் சிலி஡ல் லீசீ஡ர ச஡஡ ல஡லேலீ ச஡லலீ கர஡஡. லரீசீக லீலுலீ சூகலய ஡஡ ஡஡஡஡, ஡லீசலீ ல஡஡஡ ல஡஡ லீலுலு லீலுலீ சூகலய ஡லுலூ, லீ஡ லீசீ஡ர சலுல லீல ஡஡ டூசக இடல் லீசீ஡ர சலுல ஡஡஡஡ ஡஡஡஡.

இ஡஡ ஁ங்கத்தவர் ஁ங்களது ஡ிறுலனத்தில் தூழில்பூரிய ஁ர஡஡பீத்த தீனத்திலிரு஡ு விலகிய தீகதி வரே ஁வருக்காக சல்லுத்தியுள்ள ஁தவுதூகையின் விபரத்தை ஡ின்வருகின்ற ஁ட்டவணையில் தெரிலிக்கவும். வருடா஡்த஡ ஁ங்கத்தவர் கணக்குக் கூற்றுக்கள் ஡ெற஡஡ட்டிரு஡்தால், தயவுசெய்து வருடா஡்த ஁ங்கத்தவர் கணக்குக் கூற்றுக்களை இணை஡்பதுடன், வருடா஡்த ஁ங்கத்தவர் கணக்குக் கூற்றுக்கள் வழங்க஡ப்பட்ட இறுதீ ஁ணுக்கு஡ ஡ின்னர் ஁ங்கத்தவர் சார்பாக ஡ீங்கள் சல்லுத்தியுள்ள ஁தவுதூகை ஡ற்றிய விபரங்களையும் ஁ள்ளடக்கவும்.

Please include in the following table the details of contributions you have made on behalf Of the Member. If the Annual Member Statements have been received, Please attach the last AMS and include the details of contributions you have made on behalf of the member after the year for which the last AMS was issued.

லீசீ஡ர ஁ணு year	சலுல ஡ீ஡ லீசீ஡ர முதலாவது ஁ரை ஁ணு 1 st Half	஡ேலீ஡ ஡ீ஡ லீசீ஡ர இரண்டாவது ஁ரை ஁ணு 2 nd Half	லீகலுல ஡ூத்த஡ Total

(஡ு ஡ூலூலுலீ ஡ூலே ஡லீ லே஡஡ ச஡ீகலலீ ஡லுலு஡஡/இட஡ ஡ூதாதீரு஡்தால்,தயவுசெய்து ஡ிறீதூ஡ு தூணே இணைக்கவும் / If space is not sufficient, please attach a separate sheet)

II. ஡ீயலீ ஡ூச஡஡ சேர ஡ூச 12 ஡ ஡லு ஡ேலீ஡ லீசீ஡ர.

இற஡்பு ஡ு஡஡ட்ட ஡ாதத்தீணே ஁டன஡ுத்து மு஡்ணைய 12 ஡ாதங்களுக்கான ஁தவுதூகைகளின் விபரங்கள்
Details of contributions for the 12 months immediately preceding the month in which the death occurred.

லீசீ஡ர ஡ூ ஡ூச஡ ஡ாத஡ ஡ற்றும் ஁ணு Month & Year	சீலீவகலயலீ ல஡஡ ஡ணியாளரின் வேதண஡ Salary of employee	஡ேலீ஡ ஡ூ டூசக இடல் சல்லுத்த஡ப்பட்ட ஁தவுதூகை Contribution paid		஡ேலீ஡ ஡ூ க஡஡ு஡஡லவுத் தீகதி Date of payment	லே஡ீசலீ ஡ூகல சூசூலே இல. Cheque No.	டூசக இடல் ஡஡஡ீசலீ ஡ூகல ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ ஡஡஡஡ If contribution not paid state reason
		஡ீயலீ ஡ூலூசீகல லேலுலேலீ இற஡்த ஁ங்கத்தவரின் சார்பாக On behalf of deceased membe	சீயலுல ஡ூலூசீகலலீ லேலுலேலீ ஁ங்கத்தவர்கள் ஁ணேவரீணத஡ சார்பாக On behalf of all employees			

11. නමீකරු පිළිබඳ විස්තර / பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவரின் விபரங்கள் / Details of nominee

පෞද්ගලික අර්ධසාධක අරමුදලට දායක වන සේවයෝජකයන් විසින් අනිවාර්යෙන්ම මෙම කොටස සම්පූර්ණ කළ යුතුය. නමී කිරීමක් නොමැතිනම්, ඒ බව සඳහන් කළ යුතුය.

தனியார் ஊழியர் சேமலாப நிதியத்திற்கு பங்களிப்பு செய்கின்ற தொழில்தருநர்களினால் கட்டாயமாக இந்தப் பகுதி நிரப்பப்படுதல் வேண்டும். பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவர் /கள் இருப்பின் தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்.

It is mandatory for employers contributing to Private Provident Fund to fill this cage. Please indicate if there is no nominee / s.

1. මියගිය සේවකයාගේ සම්පූර්ණ නම
இறந்த பணியாளரின் முழுப் பெயர்
Full name of the deceased employee }
2. සේවයෝජකයාගේ හා සේවකයාගේ පෞ.අ.අ. අංකය
தொழில்தருநரின் & பணியாளரின் தனியார் ஊ.சே.நி. இல.
Employer's & Employee's P.P.F. No. }
3. නමී කළ දිනය
பெயர் குறிப்பிடப்பட்ட திகதி
Date of nomination }

නාමිකයාගේ / නාමිකයන්ගේ සම්පූර්ණ නම பெயர் குறிப்பீடு செய்யப்பட்டவர்/ செய்யப்பட்டவர்களின் முழுப் பெயர் / பெயர்கள் Full name / s of nominee / nominees	ඥාති සම්බන්ධය உறவுமுறை Relationship	කොටස பங்கு Share
1		
2		
3		
4		
5		

12. I. ඉල්ලුම්කරු මම දනිමි. ඔහු / ඇය මියගිය අය විසින් නමී කර ඇති අය බව / ප්‍රකාශිත පරිදි නැසීගිය සාමාජිකයාට ඥාති සම්බන්ධය ඇති බව / බාලවයස්කරුවෙකු වූ ඉල්ලුම්කරුගේ භාරකරු බව / නැසීගිය සාමාජිකයාගේ බුදලයේ අද්මිනිස්තාසිකරු බව / නැසීගිය සාමාජිකයාගේ අන්තිම කැමති පත්‍රයේ බලකාරයා බව මම දනිමි.

உரிமைகோருநரை நான் அறிவேன். இவர் / இவ் இறந்த அங்கத்தவரின் பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவர் / உறவினர் / பராமமடையாத உருமைகோருநரின் பாதுகாவலர் / இறந்த அங்கத்தவரின் தோட்ட நிர்வாகி / இறந்த அங்கத்தவரின் இறுதி ஆசையை நிறைவேற்றுவவர் என்பதில் நான் திருப்தியடைகின்றேன்.

The claimant is known to me. I am satisfied that the claimant is the nominee / related to deceased member of claimant / the guardian of the claimant who is a minor / the administrator of the deceased member's estate/ executor of the last will of the deceased member.

II. ඉල්ලුම්කරු ඉල්ලුම්පත්‍රයෙහි අත්සන්කොට ඔහුගේ / ඇයගේ මාපට ඇතිලි සළකුණු තැබුවේ මා ඉදිරිපිටදීය. උරුමකොරුන්ගේ කොරල් පත්තිරත්තීන් අවරතු/අවචතු කෙවිරල් අදායාගත්තේ ගන් මුන්නෙයින් ඔටුගුණාන්.

The claimant signed and placed his / her thumb impression on the claim in my presence.

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

மேலே சமர்ப்பிக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையும் என்பதை நான் சான்றுப்படுத்துகின்றேன். மேலே குறிப்பிட்டவாறு விண்ணப்பதாரி சார்பாக அனுப்பப்பட்ட உண்மையான உதவுதொகைகளின் தொகையிலும் பார்க்க விண்ணப்பதாரிக்கு அதிகமான தொகை மீளளிக்கப்பட்டிருந்தால், அத்தகைய வேறுபாடு ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபைக்கு எமது கம்பனியினால் / தோட்டத்தினால் / நிறுவகத்தினால் செலுத்தப்படும் என்பதை நான் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். அத்துடன் நான் பின்வருவனவற்றையும் சான்றுப்படுத்துகின்றேன். இந்த கோரல் தொடர்பான ஏதேனும் தவறான திரட்டினை அல்லது தகவலை நான் சமர்ப்பித்தால் அல்லது சமர்ப்பிப்பதற்கு நேரிட்டால் 1980 ஆம் ஆண்டின் 46 ஆம் இலக்க ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்புச் சட்டத்தின் 39 ஆம் பிரிவின் கீழ் குற்றத்தீர்ப்பின் பேரில் குற்றப்பணத்திற்கு அல்லது சிறைத்தண்டனைக்கு ஆளாவேன் என்பதை நான் அறிவேன்.

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 as stated above, I undertake to pay such difference to Employees' Trust Fund Board by our Company/ Estate/ Institute. I also certify that 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 of 1980.

செலாவணியல்களில் உள்ள
தொழில்துறையின் பெயர்
Employer's Name

சுயநிதி நலப் பிள்ளை/சான்றுப்படுத்தும் அலுவலரின்/Certifying officer's

பெயர் :
முகவரி :
Address :

அனைத்து / ஓப்பம் / Signature

பெயர் / பெயர் / Name

உத்தரவாதி/பதவி அமைதி
தொலைபேசி/தொலைநகல் இலக்கம்
Tele/Fax Number

அனைத்து / பதவி / Designation.....

நிலை இலக்கம்
அலுவலக முத்திரை
Official Seal

உத்தரவாதி / திகதி / Date:

**13. சிவந்த சமீபத்தில் உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயரை சான்றுப்படுத்துதல் /
Certification of the deceased member's name**

(உயிரிழந்த உறுப்பினரின் உயிரிழந்த காரணம் குறிப்பிட்டு விவரம் அளிப்பது அவசியம், உயிரிழந்த பிள்ளை மட்டுமே உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயரை சான்றுப்படுத்துதல் வேண்டும்.)

(தொடர் தொடர் தொடர்பில் இந்த பிரிவு உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயரை சான்றுப்படுத்துதல் வேண்டும், வேறு கடிதத்தின் மூலம் பெயரில் இருக்கின்ற வேறுபாட்டை தொடர் அதிகாரியினால் சான்றுப்படுத்துதல் வேண்டும்.)

(In case of Estate employees a separate letter should be forwarded duly certified by the superintendent.)

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர்:
பிறப்புச் சான்றிதழில் உள்ள பெயர்:
Name as per the birth certificate:

சுயநிதி அடையாள அட்டையிலுள்ள பெயர்:
தேசிய அடையாள அட்டையிலுள்ள பெயர்:
Name as per the National Identity card:

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர்:
மரணச் சான்றிதழில் உள்ள பெயர்:
Name as per the Death Certificate:

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர்:
திருமணச் சான்றிதழில் உள்ள பெயர்:
Name as per the Marriage Certificate:

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர்:
பிள்ளைகளின் பிறப்புச் சான்றிதழில் உள்ள பெயர்:
Name as per Birth certificates of children:

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர்:
விவரத்திரட்டு படிவம் ஐஐ /R4 இலுள்ள பெயர்:
Name as per Form II Return /R4

உயிரிழந்த உறுப்பினரின் பெயர் மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள ஆவணங்களில் இருக்கின்ற பெயர்கள் ஒரே நபரையே குறிக்கின்றன என்று நான் சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

I certify that the names appearing in the above mentioned documents refer to one and the same person.

பெயர் / பெயர் / Name.....

அனைத்து / ஓப்பம் / Signature

அனைத்து / பதவி / Designation.....

நிலை இலக்கம்
அலுவலக முத்திரை
Official Seal

உத்தரவாதி / திகதி / Date:

උපදෙස් :

1. මියගිය සාමාජිකයාගේ ගිණුමේ ශේෂයට අමතරව සක්‍රීය සාමාජිකයින් සඳහා මරණ ප්‍රතිලාභ මුදලක් ද හිමිවේ. ඒ සඳහා වෙනම අයදුම් කිරීමට අවශ්‍ය නොවන අතර, මරණ ප්‍රතිලාභ අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු පදනම් කරගෙන මරණ ප්‍රතිලාභ මුදලද ගෙවීමට කටයුතු කරනු ලැබේ. එමගින් හිටපු සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත අදාළ අනෙකුත් ලියකියවිලි සමඟ සාමාජිකයා මියගිය දින සිට වර්ෂයක් ඇතුළත මෙම කාර්යාලය වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතුය.
2. පහත සඳහන් හේතූන් මත මරණ ප්‍රතිලාභ හිමි නොවේ.
 - ♦ අයදුම්පත තිසමිත කාලය තුළ ඉදිරිපත් නොකිරීම (වසරක් තුළ)
 - ♦ සේවායෝජක විසින් තිසමිත පරිදි දායක මුදල් ගෙවා නොතිබීම.
 - ♦ සාමාජිකයා මිය යන අවස්ථාව වන විට අවම වශයෙන් වසරක සක්‍රීය සාමාජිකත්වය නොතිබීම.
 - ♦ වයස අවුරුදු 70 ඉක්මවීම.
3. ආයතනය වසා ඇත්නම්, ග්‍රාමසේවක/ප්‍රා.ලේකම් විසින් සහතික කරන ලද ග්‍රාමසේවක ලිපිය හා හානිපූර්ණ ලිපිය ද, මියගිය අය එම ආයතනයේ සේවය කළ බව සනාථ කිරීම සඳහා පිළිගත හැකි ලියකියවිලි ද ඉදිරිපත් කරන්න.
4. මියගිය සාමාජිකයා ආයතන කිහිපයක සේවය කර ඇත්නම්, අවසානයට සේවය කළ ආයතනයට පෙර සේවය කළ ආයතන වලින් වෙන වෙනම VI-A ආකෘති පත්‍ර සම්පූර්ණ කරවාගෙන අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කරන්න.
5. ලිපියේ වෙනසක් වුවහොත්, නොපමාව මෙම කාර්යාලයට දැනුම් දෙන්න.

අறிවැනුම්පත් :

1. இறந்த அங்கத்தவரின் ஊ.ந.பொ.நி நிலுவைக்கு மேலதிகமாக, செயற்பாடுடைய அங்கத்தவர்கள் காப்புறுதி நன்மைகளுக்கும் உரித்துடையவர்கள். இது, காப்புறுதி நன்மைக்காக வேறாக விண்ணப்பிப்பதனைத் தேவைப்படுத்தவில்லை. இது, இறப்பு கோரல் விண்ணப்பத்தில் தரப்படுகின்ற தகவல்களின் அடிப்படையில் செலுத்தப்படுகின்றது. முழுமையாக பூரணப்படுத்தப்பட்ட விண்ணப்பங்கள், இறப்பு ஏற்பட்டு ஒரு வருடத்திற்குள் தேவைப்பட்ட ஏனைய ஆவணங்களுடன் இணைத்து ஊ.ந.பொ.சபைக்கு அனுப்பப்படுதல் வேண்டும்.
2. பின்வருவன தொடர்பில் காப்புறுதி நன்மைகள் செலுத்தப்படமாட்டாது.
 - ♦ விண்ணப்பப்படிவம் ஒரு வருடத்திற்குள் சமர்ப்பிக்கப்படவில்லையென்றால்.
 - ♦ தொழில்தருநர் உதவுதொகைகளைக் கிரமமாக அனுப்புவதற்குத் தவறியிருந்தால்.
 - ♦ இறக்கின்ற தருணத்தில் ஆகக்குறைந்தது ஒரு வருடத்திற்கு நிதியத்தின் செயற்பாடுடைய அங்கத்தவரொருவராக அங்கத்தவர் இருந்திருக்காவிட்டால்
 - ♦ அங்கத்தவரின் வயது 70 இற்கும் அதிகமாக இருந்தால்.
3. நிறுவனம் மூடப்பட்டிருந்தால், கிராம சேவகர் மற்றும் பிரதேச செயலாளரினால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட நட்புத்தரவாதக் கடிதம் மற்றும் அங்கத்தவர் அந்த நிறுவனத்தில் தொழில்புரிந்தமையை நிரூபிக்கக்கூடிய வேறு எதேனும் ஆவணத்தைச் சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.
4. இறந்த அங்கத்தவர் பல நிறுவனங்களில் தொழில் புரிந்திருந்தால், முன்னைய ஒவ்வொரு தொழில் தருநரினாலும் படிவம் VI-A நிரப்பப்பட்டு, விண்ணப்பப்படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்கப்படுதல் வேண்டும்.
5. முகவரியின் மாற்றம் பற்றி எதுவித காலதாமதமுமின்றி ஊ.ந.பொ.நி சபைக்கு தெரிவிக்கப்படுதல் வேண்டும்.

INSRTUCTIONS:

1. In addition to the ETF balance of the deceased member, active members are entitled for a death benefit also. It is not required to apply separately for the death benefit and it is paid based on the information given in the Death Claim application. Duly completed application should be sent to the ETFB along with the other required documents within one year from the date of death.
2. Death benefits will not be paid if,
 - ♦ Application is not submitted within one year period.
 - ♦ Failure of the employer to remit contributions regularly.
 - ♦ Members had not been an active member of the Fund for a minimum of one year by the time of death.
 - ♦ Member's age is over 70 years.
3. If the establishment is closed the Indemnity letter certified by the Grama Niladari & divisional secretary and whatever document to prove that he was employed in the establishment should be submitted.
4. If the deceased member had worked in several establishments, Form VI-A should be completed by each previous employer and submit along with the application.
5. Change of address should be intimated to the ETFB without any delay.

**சேலா கிழங்குநகர்தீலே தார தரத்தீதீலே ததீதீலே
ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD**

தார்தீலே ததீதீலே ததீதீலே / ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே
/ For office use only

**தீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே
ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே**

**தீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே
ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே**

**REPORT FORWARDED BY THE GRAMA NILADHARI / DIVISIONAL SECRETARY /
SUPERINTENDENT OF THE ESTATE ON BEHALF OF A DECEASED MEMBER**

01. தீதீலே ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
தீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
Full name of the deceased member : }
02. தீதீலே ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
தீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
Address of the deceased member : }
03. ததீதீலே ததீதீலே /ததீதீலே ததீதீலே /Date of Birth :
04. ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே / ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே/ Married/Unmarried :
05. ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
Full name of the claimant : }
06. ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
Address of the claimant : }
07. ததீதீலே/ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
தீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே : }
Relationship to the deceased member : }
08. தீதீலே ததீதீலே / ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே :

ததீதீலே ததீதீலே Name	ததீதீலே / ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே Mother or Father	ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே Is living	ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே ததீதீலே If deceased date of death

09. I. மீயகிச சாலாபீகலால / சாலாபீகலால டுரலலீ சீபீலீ டு? } }
 இறந்த அங்கத்தவருக்கு பிள்ளைகள் இருக்கின்றனரா } }
 Whether the deceased member had children } }
 எண்ணிக்கை }
 Number }

II. மீயகிச சாலாபீகலால / சாலாபீகலால சலுலுர் சலுலுர்லல சீபீலீ டு? } }
 இறந்த அங்கத்தவருக்கு சகோதர,சகோதரிகள் இருக்கின்றனரா } }
 Whether the deceased member had brothers & sisters } }
 எண்ணிக்கை }
 Number }

10. ஙாலு சலலுரீலல ஙலுலுலு ஡ுலால ஙீரீல / நன்லலைகளிள் பங்கினைச் செலுத்துவதற்கான சம்மதம்
 Consent to pay share of benefits

லுலுலு: } CL/A/4 ஁கா஁ ஡ுலுலு 6 லல ஡ீபுலீ ஡ுலுலு ஁ல 02 ஡ ஁ஙுல ஁லுல லல ஡ுரீ
 ஡ுலு ஙாலு சலுலுரீலு ஙலுலுலு. }
 ஡ுலுலுலுலுலுலுலுலு : } CL/A/4 ப஁லுத்தினை 6 ஁லு பககத்திலிருக்கிள்ள 2 ஁லு இலகக
 அறிவுறுத்தலுக்கலைவாக இற்தப் ஡ுலுலுலு தயலுசெய்து நிரப்பலு. }
 Important : } Please fill this cage according to the instruction No.2 in page 6 of CL/A/4 Form.

஁லல ஙலீ சலுலுலு மீயகிச ஁லுலுலு ஁லுலு ஙி஡ீலல ஙாலுலு ஁லுலுலுலு / ஁லுலுலுலுலுலு ஡ுலலுரீலல ஙலுலுலு ஡ுலால ஙலுலு. }
 ஁லுலு பங்கினை ஙாலுநருக்கு செலுத்துவதில் ஁லுக்கு ஁லுலுலு ஁லுலுலுலுலுலு இலலை. }
 We have no objection whatsoever in paying our share of benefits to the claimant.

ஙலு ஡ுலுலு Name	மீயகிச ஁லுலு ஁லுலு லுலுலுலுலு இறந்த அங்கத்தவருலுலு ஁லுலுலு Relationship to the deceased	லுலு லுலுலு Age	லீலுலுலு/஁லீலுலுலு ஡ுலு திருலுலுலுலுலுலு/ திருலுலுலுலுலுலுலு Married or unmarried	஁லுலு கலுலுலுலு Signature
1				
2				
3				
4				
5				
6				

11. ஙாலுலுலு ஡ுலாலு / பாலுலுலுலுலு ஡ுலுலுலுலு / Declaration of guardianship

லுலுலு : } 6 லல ஡ீபுலு ஡ுலுலு ஁ல 03 ஡ ஁ஙுல ஁லுல லல ஡ுரீ ஡ுலு ஙாலு சலுலுரீலு ஙலுலுலு. }
 கிலுலுலுலு : } 6 ஁லு பககத்திலிருக்கிள்ள 3 ஁லு இலகக அறிவுறுத்தலுக்கலைவாக இற்தப் }
 Important: } Please fill this cage according to the instruction No.3 in page 6

஁லு,18 ஡ ஁லு டுரலலுலுலு / சலுலுலு சலுலுலுலுலுலு ஙலு பராலுலுலுலுலு பிள்ளைகள் / சகோதர, சகோதரிகளிள் ஡ுலுலு Name of minor children /Brothers & Sisters	மீயகிச ஁லுலு ஁லுலு ஡ுலுலுலுலு இறந்த அங்கத்தவருலுலு ஁லுலுலு Relationship to the deceased	லுலு லுலுலு Age	஡ுலுலு ஡ுலுலு Date of Birth
1			
2			
3			
4			
5			

ஓதக சடததன் திடர வசககார தூரவதன் / சததததத சதததததததத தாததத தாரகாரதததததத தா
 தகதததததததத சததத தத சததததத தரதத.

ததததத தததத தரதததததததத தததததததததத தததததததததத / சககாதர, சககாதரதததததததத தததத தததததததததத, தததததததததத
 தததததததத தததததத தததத சாததததததததததததததததததத.

I certify that the minor children / brothers, sisters whose names are given above are under my custody.

காரகாரதததத தத
 தததததததததத தததத
 Name of guardian

தததத சதததததததத
 தததததததததத தததததததததத
 Relationship to the children

காரகாரதததத தததத
 தததததததததத தததததததததத
 Signature of guardian

தததத / தததத / Date :

12. ததததத சாததததததத சதத ததததத ததததத தததத
 தததத தததததததததத சதததததததத ததததத தததததததத
 Details of property of the deceased member:

தததத ததததத தததத / சதததததததத ததததத ததததத / Details of property	ததததத ததததததத / தததததததத ததததத / Current Value

ஓதக சடததத ததததத சடதத தததத தததத சததத தததத தத
 தததததததத ததததத தததததததத சதததததததததததத
 Whether a testamentary case has been filed

ததததத / தததததததத / If so :-

தத) தததத ததததத தததத
 ததததத தத.
 Case No.

தத) தததததததத தத
 தததததததததத தததத
 Name of court

தத) ததததத தத ததததத ததததத தததத தததத தததத
 தததத தததததததத தததத தததததததததததத தததத தததததததத
 Whether the deceased had written a Last will

ஓததததததததத தததத ததததத சததததத:
 தததததததததத தததததத தததததத:
 Thumb impressions of applicant :

ஓததததததததத தததத
 தததததததததத ததததததத /Signature of applicant

தத
 ததத/Left
 தததத
 ததத/Right

தததத / தததத / Date:

13. ඌම තිරධාරීගේ / ඌදේශීය ඌකමීගේ සතතිකය
 கிராம சேவகரின் / பிரதேச செயலாளரின் சான்றுரை
 Certification of Grama Sevaka / Divisional Secretary

..... ඌදේශීය ඌකමී කොට්ඨාශයේ අංක ඌරණ
 ඌම තිරධාරී විසමී
 (මියගිය අයගේ ලිපිනය)

.....

 යන ලිපිනයේ පදිංචිව සිට නැසී ගිය

 (මියගිය අයගේ නම)

යන අය සමීඛන්ධයෙන් ඉහත අංක 01 සිට 13 දක්වා සඳහන් කර ඇති සියළු තොරතුරු හා කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, අයදුමීකරු/අයදුමීකාරිය මා ඉදිරිපිටදී මාපට ඇඟිලි සලකුණු හා ඔහුගේ / ඇයගේ සුපුරුදු අත්සන තැබූ බවත්, සතතික කොට ප්‍රකාශ කරමී.

.....
 ඌම තිරධාරීගේ අත්සන
 දිනය :

.....
 ඌදේශීය ඌකමීගේ අත්සන
 දිනය :

තිල මුද්‍රාව

තිල මුද්‍රාව

..... என்பவர்
 (இறந்த அங்கத்தவரின் பெயர்)

.....என்ற
 (முகவரியை வழங்கவும்)

මුකවரியිලි.....என்ற கிராம சேவகர் பிரதேசத்தில் வசித்தார் என்பதையும், விண்ணப்பத்தில் 1 முதல் 13 வரை குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் என்னால் பரிசீலிக்கப்பட்டுள்ளதுடன், அவை சரியானவையெனக் கண்டறிப்பட்டுள்ளது. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள கோருநர் அவரது /அவவது கைவிரல் அடையாளத்தை மற்றும் கையொப்பத்தை என் முன்னிலையில் இட்டுள்ளார் என்று நான் சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

.....
 கிராம சேவகரின் கையொப்பம்
 திகதி :

.....
 பிரதேச செயலாளரின் கையொப்பம்
 திகதி :

அலுவலக முத்திரை

அலுவலக முத்திரை

I certify that the
 (name of the deceased)

was residing at
 (address of the deceased)

of.....Grama Sevaka area and the items mentioned from 1 to 13 in the application were examined by me and found correct. The above-mentioned claimant placed his/her thumb impressions and signature in my presence.

.....
 Signature of Grama Niladhari
 Date:

.....
 Signature of Divisional Secretary
 Date:

Official Seal

Official Seal

14. වතු අධිකාරිගේ සහතිකය (වතු සේවකයින් සඳහා පමණි)

සේ.අ.අ. අංක / පු.අ.අ. අංක යටතේ (වත්තේ නම)
.....හි සේවය කළ..... (මියගිය අයගේ නම)

යන අය සම්බන්ධයෙන් ඉහත අංක 01 සිට 13 දක්වා සඳහන් කර ඇති තොරතුරු හා කරුණු නිවැරදි බව මාගේ පරීක්ෂණයේදී හෙලිවූ බවත්, ඉල්ලුම්කරු මා ඉදිරිපිටදී මාපට ඇඟිලි සලකුණු හා ඔහුගේ / ඇයගේ සුපුරුදු අත්සන තැබූ බවත් සහතික කොට ප්‍රකාශ කරමි.

.....
වතු අධිකාරිගේ අත්සන
දිනය :

හිල මුද්‍රාව

தோட்ட மேற்பார்வையாளரின் சான்றுரை (தோட்டப் பணியாளர்களுக்கு மட்டும்)

.....என்பவர் எமது நிறுவனத்தில்/ (இறந்த அங்கத்தவரின் பெயர்)

தோட்டத்தில்என்ற ஊ.சே.நி/ ஊ.ந.பொ.நி இலக்கத்தைக் கொண்டிருந்த பணியாளராக இருந்திருந்தார் என்பதுடன், 1 முதல் 13 வரை தரப்பட்டுள்ள விபரங்கள் எமது அறிவிற்கு எட்டியவரையில் சரியானவை என்பதை நாம் சான்றுப்படுத்துகின்றோம்.

தோட்ட மேற்பார்வையாளரின் கையொப்பம்
திகதி :

அலுவலக முத்திரை

Certified by the Estate Superintendent (Only for Estate Employees)

We certify that..... was an employee (name of the deceased)

of our estate bearing EPF /PPF No.and the details given in items 1 – 13 according to our knowledge are correct. The above mentioned claimant placed his/her thumb impressions and signature in my presence.

.....
Signature of Estate Superintendent
Date :

Official Seal

INSTRUCTION FOR GRAMA NILADHARIS AND ESTATE SUPERINTENDENT

1. In respect of estates workers, this form should be personally examined and signed by the Estate Superintendent.
2. Assigning of share of benefits to the applicant.

If the deceased member had been married at the time of death:

Please give the names and ages of all living children of the deceased member. Children who are over 18 years of age and children who are married should give consent to assign their shares to the applicant in the presence of Grama Niladhari / Estate Superintendent. When the applicant is not either the father or the mother, consent should be given to assign the share of mother / father also to the applicant.

If the deceased member was not married at the time of death.

Please provide names and ages of his/her mother, father and all brothers and sisters. Brothers/Sisters who are over 18 years of age should give consent in the presence of Grama Niladhari / Estate Superintendent to assign their shares to the applicant who is the mother or father. When the applicant is not either the father or the mother, consent should be given to assign the share of mother / father also to the applicant.

3. Declaration of guardianship

Please confirm that children / brothers & sisters who are under 18 years of age are dependants of the applicant by signing in the presence of Grama Niladhari / Estate Superintendent.

4. Since this certificate is essential for settlement of benefits, please certify it correctly as soon as possible.

For any further information, please contact Manager (Benefits Administration) on telephone number 011 – 2 581 704

කළමනාකරු - (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ මණ්ඩලය
පළමු මහල, කම්කරු මහලේකම් කාර්යාලය
ත.පෙ. 807, කොළඹ 05.

මුකාමையாளர் (நன்மைகள் நிர்வாகம்)

ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச்சபை
1 ஆவது தளம், தொழில் செயலகம்
த.பெ. 807, கொழும்பு 05.

Manager (Benefits Administration)

Employees' Trust Fund Board
1st Floor, Labour Secretariat
P.O.Box 807, Colombo

දුරකථනය

தொலைபேசி

Tel.

} 011 2 581 704
011 2 368 542

ලැක්ෂි

தொலைநகல்

Fax

} 011 2 368 037