

**අභ්‍යන්තර අකමිකාව වෙනුවෙන් වියදම්**  
**ප්‍රතිපූරණය කර ගැනීම**

**යොමුකළයුතු ලියවිලි :**

- 01. සේවා යෝජක විසින් සහතික කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි ඡායා පිටපතක්
- 02. ශල්‍යකර්මය වෙනුවෙන් රෝහලින් නිකුත් කරන ලද රෝගනිශ්චය තුණ්ඩුවෙහි සේවායෝජක විසින් සහතික කළ ඡායා පිටපතක්
- 03. අකමි සිවිය මිලදීගත් රිසිට් පතෙහි මුල්පිටපත

**සැලකිය යුතුයි :**

අයදුම්පතෙහි 01 වන කොටස මඟ විසින් සම්පූර්ණ කර 02 වන කොටස තමා සේවය කරන ආයතනයෙන් සහතික කර ගත යුතුය.

අයදුම් පතෙහි 03 වන කොටස අදාළ වෛද්‍ය නිලධාරියා ලවා සහතික කරවාගත යුතුය.

සාමාජිකයා වයස අවුරුදු 70 නොඉක්මවිය යුතුය. (වයස අවුරුදු 70 ඉක්ම වූ සාමාජිකයකු ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට නම් මහු/ඇය අවම වශයෙන් අවුරුදු 25 ක සක්‍රීය සාමාජිකත්වයකට හිමිකම් ලබා තිබිය යුතු වන අතර එම අවුරුදු 25ක කාලය තුළ මහු/ඇය විසින් කිසිදු දායක මුදලක් ආපසු ලබා නොගෙන තිබිය යුතුය)

ශල්‍ය කර්මය සිදුකරන ලද දිනය වන විට අවම වශයෙන් වසරක සාමාජිකත්වය තිබිය යුතු වන අතර සේවායෝජක විසින් සාමාජිකයා වෙනුවෙන් අඛණ්ඩව දායක මුදල් ගෙවාතිබිය යුතුය.

රෝහලින් පිටවූ දින සිට දින 60 ක් ඇතුළත අයදුම්පත භාරදිය යුතුය.

ඉහත සඳහන් කරුණු නිසියාකාරව සම්පූර්ණ නොකරන ලද අයදුම්පත් ප්‍රතික්ෂේප කරන බව කරුණාවෙන් සලකන්න මේ පිළිබඳව අභියාචනා සලකා බලනු නොලැබේ.

අයදුම්පත් පහත ලිපිනයට යොමු කරන්න

කළමණාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)  
සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය  
කම්කරු මහලේකම් කාර්යාලය  
කොළඹ 05

දුරකථන අංකය : 011-2581704  
ෆැක්ස් : 011-2368037

**සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය**  
**අක්ෂිකාල වියදම් ප්‍රතිපූර්ණය කිරීම**  
**අයදුම්පත්‍රය**

**1 කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුය) :-**

- 01 1 සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :- .....
- 11 මුලකුරු වලින් හැඳින්වෙන නම :- .....
  
- 02 ලිපිනය :- .....
  
- 03 1 වයස :- ..... 11. උපන් දිනය :-.....
  
- 04 ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය :- .....
  
- 05 මඟ සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය :- .....
  
- 06 1. සේවයෝජකගේ සේ .අ .අ /පු .අ .අංකය :- .....
- 11. සාමාජික අංකය :- .....
  
- 07 සේවය ආරම්භ කළ දිනය :- .....
  
- 08 රැකියාවේ ස්වභාවය :- .....
  
- 09 බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තර :-
  - 1. බැංකුවේ නම :- .....
  - 11. බැංකු ශාඛාව:- .....
  - 11. ගිණුම් අංකය :- .....
  
- 10 ඇසේ සුදු ඉවත් කිරීමේ සැත්කම් සමබන්ධ තොරතුරු :-
  - 1. සැත්කම සිදුකළ රෝහල :- .....
  - 11. රෝහල් ගත වූ දිනය :- .....
  - 111. රෝහලෙන් පිටවූ දිනය :- .....

(රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුවේ සේවා යෝජක විසින් සහතික කළ පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)



**03 කොටස (සේවා යෝජක විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුයි)**

1 ..... හි  
 (ලිපිනය)  
 පිහිටි ..... හි කළමනාකරු /පාලන  
 (ආයතනයේ නම)  
 අයිතිකරු ..... වන මම සේ. අ. අ./පු. අ. අ.  
 අංක.....සහ ජා.හැ.අංක .....  
 දරණ ..... නැමැත්තා ..... දින සිට මේ  
 (සාමාජිකයාගේ නම)  
 දක්වා මෙම ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටින බව මෙයින් සහතික කරමි.

11 තවද අප විසින් මහු/ඇය වෙනුවෙන් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් අඛණ්ඩව මබ වෙත එවා ඇති බවත්, තවදුරටත් මහු/ ඇය අප ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටින බවත්, සහතික කරන අතර, සැත්කම සිදු කිරීමට නියමිත/සිදු කරන ලද මාසයට පෙර මාස හය (6) සඳහා මහු ඇය වෙනුවෙන් තැන්පත් කරන ලද දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මාසය						
දායක මුදල						

111 මෙයට අමතරව අප විසින් සියලුම සේවකයින් වෙනුවෙන් ඉහත මාස හය (6) සඳහා ගෙවන ලද සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මාසය	මාසය සඳහා ගෙවන ලද සම්පූර්ණ මුදල	ගෙවීම් කරනලද්දේ සේ.නි.භා. අරමුදල/බැංකු ගාඛාව	ගෙවන ලද දිනය	වෙක්පත අංකය

iv ඉහත කාලසීමාවට අදාළව දායක මුදල් ගෙවන ලද්දේ ආකෘති ආර් 1 මගින් ද/ආර් 4 මගින් ද?  
 .....

V ආකෘති ආර් 1 වලින් මුදල් ගෙවන්නේ නම් එම කාලසීමාවට අදාළව ආකෘති (11)වාර්තා

- (අ) දැනටමත් මෙහි ආයතනය වෙත එවා ඇති අතර, එම වාර්තාවේ මහලේ/ඇයගේ නම ඇතුළත් වී ඇති බවත්,
- (ආ) ඉදිරියේ දී එවීමට නියමිත බවත්, එම වාර්තාවේ මහලේ/ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත්, සහතික කරමි.

V1 අප ආයතනයේ සේවයේ නියුතු .....  
 මහතා /මහත්මිය /මෙනවිය ගේ අක්ෂි ගලයකර්මය වෙනුවෙන් රු .....ක  
 මුදලක් අප ආයතනය මගින් ගෙවා ඇත/ ගෙවීමට එකඟව ඇත/කිසිම ගෙවීමක් නොකරයි.  
 (අනවශ්‍ය වුවන කපා හරින්න)

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 විරුද්ධව උසාවියක නඩු පවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි.

.....  
 සේවා යෝජක අත්සන

දිනය :.....

නිල මුද්‍රාව

දුරකථන අංකය :-