

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම සඳහා මූල්‍යාධාර ලබාදීමේ
වැඩපිළිවෙල යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබාගැනීම සඳහා ඉදිරිපත් කරන
අයදුම්පත සමග යොමුකළ යුතු ලියවිලි

- 01 සැත්කමට අදාළව වෛද්‍යවරයා විසින් නිකුත් කළ ලිපිය
- 02 පිරවටකදී සැත්කම සිදු කරන්නේ නම්, වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට අවශ්‍ය බව සඳහන් කර ශ්‍රී ලංකාවේ වෛද්‍යවරයකු විසින් කරනු ලබන නිර්දේශය සහිත ලිපිය
- 03 සැත්කම සිදුකරන රෝහලෙන් මණ්ඩලීය සභාපතිතුමා වෙත යොමු කරන ලද ලිපිය (ඇස්තමේන්තු කරන ලද වියදම)
- 04 සාමාජිකයාගේ ජාතික හැඳුණුම්පතෙහි සහතික කළ ඡායා පිටපතක් (සේවායෝජක විසින් සහතික කළ යුතුය)
- 05 පූර්ව රෝග පරීක්ෂණ වාර්තාවෙහි සහ රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුවෙහි සේවායෝජක විසින් සහතික කළ ඡායා පිටපතක්
- 06 සේවායෝජක විසින් යම් මුදලක් ගෙවන්නේ නම්, ඒ සම්බන්ධව සේවායෝජක විසින් නිකුත් කළ ලිපියක් (ප්‍රදානය කරනු ලබන මුදල සඳහන් කළ යුතුය)
- 07 ජනාධිපති අරමුදලෙන් යම් මුදලක් ප්‍රදානය කරනු ලබන්නේ නම්, එය සනාථ කරන ලිපිය
- 08 වෙනත් සංවිධානයකින් යම් මූල්‍යාධාරයක් ප්‍රදානය කරන්නේ නම්, එම සංවිධානයෙන් නිකුත් කළ ලිපියක් (ප්‍රදානය කරනු ලබන මුදල සඳහන් කළ යුතුය)
- 09 සැත්කම සිදුකිරීමෙන් පසුව අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් සැත්කමට අදාළව රෝහලෙන් ලබා දෙන අවසාන විස්තරාත්මක බිල්පත සහ ගෙවීම් වලට අදාළව සියලුම ලදුපත් වල මුළු පිටපත් සහ සේවායෝජක විසින් සහතික කරනු ලබන රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුවේ ඡායා පිටපතක්
- 10 ජනාධිපති අරමුදල මගින් බිල්පත්, ලදුපත් වල මුළු පිටපත් රඳවාගත් අවස්ථාවන්හිදී එම අරමුදල විසින් සහතික කරන ලද බිල්පත් /ලදුපත් වල ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

සැලකිය යුතුයි :-

- 01 මෙරටදී වකුගඩු සැත්කම සිදුකරන්නේ නම් ජාතික රෝහල කොළඹ, මහ රෝහල මහනුවර, ඇපලෝ රෝහල කොළඹ 05, වෙස්ටර්න් ඉන්පමරි රෝහල කොළඹ 08, ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර රෝහල යන රෝහල් මගින් සිදුකරනු ලබන සැත්කම් සම්බන්ධයෙන් වන අයදුම්පත් පමණක් භාරගනු ඇත.

- 02 සාමාජිකයාගේ වයස අවුරුදු 70 නොඉක්මවිය යුතුය. (වයස අවුරුදු 70 ඉක්ම වූ සාමාජිකයකු ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට තම මහු/ඇය අවම වශයෙන් අවුරුදු 25 ක සක්‍රීය සාමාජිකත්වයකට හිමිකම් ලබා තිබිය යුතු වන අතර එම අවුරුදු 25 ක කාලය තුළ මහු/ඇය විසින් කිසිදු දායක මුදලක් ආපසු ලබා නොගෙන තිබිය යුතුය)
- 03 වකුගඩු බද්ධ කිරීම සඳහා වන සැත්කම සම්බන්ධයෙන් පමණක් මෙම ප්‍රතිලාභය ලබා දෙනු ලබන අතර වෙනත් වකුගඩු රෝග සම්බන්ධයෙන් මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබාදීමක් සිදු නොකරනු ඇත. වකුගඩුවක් ප්‍රදානය කරන පුද්ගලයාට මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබාගැනීමට හිමිකමක් නැත.
- 04 සැත්කම සිදුකරන අවස්ථාව වන විට අදාළ සාමාජිකයා මෙම අරමුදලේ සක්‍රීය සාමාජිකයෙකු විය යුතු අතර සැත්කම සිදුකරනු ලබන මාසයට පෙර ආසන්නම මාස 12 ක කාලයකට අදාළ සාමාජිකයා වෙනුවෙන් සේවයෝජක විසින් දායක මුදල් බැරකර තිබිය යුතුය.
- 05 ඉහත සඳහන් කර ඇති අවශ්‍යතාවන්ට අනුකූල නොවන ඉල්ලුම්පත්‍ර කිසිදු හේතුවක් තිසාවත් භාර ගනු නොලබන අතර ගැටළු සහගත අයදුම්පත් සම්බන්ධව අවසන් තීරණය මණ්ඩලය සතු වනු ඇත.
- 06 නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද ඉල්ලුම්පත්‍රය ආදාල ලියවිලි සමග පහත සඳහන් ලිපිනයට යොමු කරන්න.

කළමනාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)
 සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
 නැ. පෙ. 807, කම්කරු මහලේකම් කාර්යාලය
 කොළඹ 05.

දුරකථනය : 011-2581704
 ෆැක්ස් : 011-2368037

සේවා නියුක්තියන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම සඳහා සහායවීමේ වැඩ පිළිවෙල
සඳහා වූ අයදුම්පත

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

1 - කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය)

- 01 (1) සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :-.....
- (11) මුලකුරු සමග සාමාජිකයාගේ නම :-.....
- 02 (1) ලිපිනය :-
- (11) දුරකථන අංකය :-
- 03 (1) උපන් දිනය :-(11) වයස :- අවුරුදු මාසදින....
- 04 ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය (අනිවාර්යවේ) :-
- 05 (1) සේවය කරන ආයතනය :-
- (11) සේවය කරන ආයතනයේ ලිපිනය :-
- 06 (1) සේව්‍යෝජකගේ සේ. අ. අ./පු. අ. අංකය :-
- (11) සාමාජික අංකය :-
- 07 සේවය ආරම්භ කළ දිනය :-
- 08 රැකියාව :-
- 09 බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තර :-
- (1) බැංකුවේ නම :-
- (11) බැංකු ශාඛාව :-
- (111) ගිණුම අංකය :-
- 10 වකුගඩු සැත්කම පිළිබඳ විස්තර (වෛද්‍ය වාර්තා ඇමිණිය යුතුයි):-
- 11 සැත්කම සිදුකිරීමට අදහස් කරන රෝහල :-.....

12 සැත්කම සිදුකිරීමට අදහස් කරන දිනය :-

13 සැත්කම සඳහා වියදම් වන/වියදම් වූ මුදල :-

14 යෝජිත ප්‍රතිකාර සඳහා අවශ්‍ය වියදමෙන් කොටසක් වෙනත් මාර්ග වලින් සපයා ගන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර පහත සඳහන් කරන්න.

මුදල් ලබාගත් මාර්ග ප්‍රමාණය

1 ජනාධිපති අරමුදලින් රු.

2 රෝගියාගේ සේවා ස්ථානයේ වෛද්‍යාධාර දීමේ ක්‍රමයක් ඇත්නම් ඒ මගින් රු.

3

15 මීට පෙර හදවත් සැත්කමක්/වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් වෙනුවෙන් ආධාර මුදල් මෙම අරමුදලෙන් ලබාගෙන ඇද්ද :-

ලබාගෙන ඇති ආධාර මුදල් ප්‍රමාණය :-

16 ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍යවූත්, නිවැරදිවූත්, බව ප්‍රකාශ කරන අතර අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත් ඊට එරෙහිව තීරී මගින් ක්‍රියා කළ හැකි බව දැනිමි.

මාපටැගිලි සම්බන්ධ

වම දකුණ

.....
සාමාජිකයාගේ අත්සන

දුරකථන අංකය :-

දිනය :-

2 - කොටස : සේව්‍යෝජක විසින් සම්පූර්ණ කළයුතුයි

1 හි පිහිටි
 (ලිපිනය)
හි කළමනාකරු/පාලක/අයිතිකරු
 (ආයතනයේ නම)
 වන මම සේ. අ. අ./පු. අ. අ.
 අංක.....සහ ජා.හැ. අංකය :-
 දරණ තැමැත්තා දින
 (සාමාජිකයාගේ නම)
 සිට මේ දක්වා මෙම ආයතනයේ සේව්‍යෝජකත්වය සිටින බව මෙයින් සහතික කරමි.

11 තවද අප විසින් මහු ඇය වෙනුවෙන් සේව්‍යෝජකත්වයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් අඛණ්ඩව මග වෙත එවා ඇති බවත්, තවදුරටත් මහු ඇය අප ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටින බවත්, සහතික කරන අතර සැත්කම සිදුකිරීමට නියමිත, සිදුකරන ලද මාසයට පෙර මාස හය (06) 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 (06) සඳහා ගෙවන ලද සේව්‍යෝජකත්වයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මාසය	මාසය සඳහා ගෙවන ලද සම්පූර්ණ මුදල	ගෙවන ලද දිනය	වෙත්පත් අංකය

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

V ආකෘති ආර් 1 මගින් මුදල් ගෙවන්නේ නම් එම කාලසීමාවට අදාළව ආකෘති 11 වාර්තා,

(අ) දැනටමත් ඔබ ආයතනය වෙත එවා ඇති අතර එම වාර්තාවෙහිමුහුණත්/ඇයගේ නම ඇතුළත් වී ඇති බවත්,

(ආ) ඉදිරියේ දී එවිට නියමිත බවත් එම වාර්තාවේ මුහුණත්/ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත් සහතික කරමි

V1 අප ආයතනයේ සේවයේ නියුතු
මහතා/මහත්මිය/ මෙනවියගේ වකුගඩු සැත්කම වෙනුවෙන් රුක
මුදලක් අප ආයතනය මගින් ගෙවා ඇත/ගෙවීමට එකඟව ඇත/කිසිම ගෙවීමක්
නොකරයි. (අනවශ්‍ය වචන කපාහරින්න)

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 නඩුපවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි

දිනය :-.....
සේව්‍යයෝජිතගේ අත්සන

නිමි මුද්‍රාව

දුරකථන අංකය :-