



සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය  
(1980 අංක 46 දරණ පාර්ලිමේන්තු පනතින් ස්ථාපිතයි)



Form VI D

හානිපූර්ණ ලිපිය

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ සාමාජිකයෙකු වන .....  
(ලිපිනය)

..... හි පදිංචි ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක .....

හිමි ..... වන මම .....  
(සම්පූර්ණ නම)

..... ලෙස ..... දින සිට .....  
(රැකියාව)

දින දක්වා ..... ආයතනයේ  
( ආයතනයේ නම හා ලිපිනය)

සේවය කළ බව ප්‍රකාශ කරමි. එම ආයතනය දැනට වසා ඇත. / සේවයේ ජන විසින් අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම ප්‍රතික්ෂේප කරන ලදී. ඉහත .....  
( ආයතනයේ නම)

ආයතනයේ මා සේවය කරන ලද කාලය සඳහා මා වෙනුවෙන් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලට

සේව්‍ය අංක ..... හා සාමාජික අංක ..... යටතේ දායක මුදල් ගෙවා ඇති බව ප්‍රකාශ කරමි. තවද, සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලට මා වෙනුවෙන් දායක මුදල් ගෙවා ඇත්තේ ..... නමින් බවත් ප්‍රකාශ කරමි. යම් හෙයකින්  
( සේ.නි.භා.අරමුදලේ සඳහන් නම)

මෙම ආයතනය ඉහත ..... නමින් හා අංක  
( සේ.නි.භා.අරමුදලේ සඳහන් නම)

..... යටතේ දායක මුදල් ගෙවා ඇත්තේ වෙනත් අයෙකුට බවත්, මා ලබාගෙන ඇත්තේ

ඔහුගේ මුදල් බව ඔප්පු වුවහොත් මා වෙත ප්‍රදානය කරනු ලබන සියළුම ප්‍රතිලාභ මුදල් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලට ආපසු ගෙවීමට කොන්දේසි රහිතව එකඟ වෙමි. එසේ ආපසු ගෙවීමේදී මා විසින් ආපසු ගෙවනු ලබන දින දක්වා සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල විසින් ගණන් බලා ඉදිරිපත් කරනු ලබන පොළී මුදල් ප්‍රමාණය ද ප්‍රතිපූර්ණය කිරීමට කොන්දේසි රහිතව එකඟ වෙමි.

වර්ෂ ..... ක් වූ ..... මස ..... දින දී අත්සන් තබන ලදී.

.....  
අත්සන

අප ඉදිරිපිටදී අත්සන් කළ බව සහතික කරමු.

සාක්ෂි :-

01. අත්සන:-  
නම :-  
තනතුර :-  
නිල මුද්‍රාව :-

02. අත්සන:-  
නම :-  
තනතුර :-  
නිල මුද්‍රාව :-

(සැ.යු. සාක්ෂි සඳහා ග්‍රාම නිලධාරීවරයා සහ ප්‍රාදේශීය ලේකම්වරයා අත්සන් කළ යුතුය .විදේශ රටක ස්ථිර පදිංචිය හිමි අයට පමණක් සාක්ෂි සඳහා නීතිඥවරයකු විසින් අත්සන ලබාගත හැකිය)



**EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD**  
(ESTABLISHED BY EMPLOYEES' TRUST FUND ACT NO. 46 OF 1980)



**Letter of Indemnity**

I ..... a member of the  
 (Full name of member)  
 Employees' Trust Fund and holder of Naional Identity Card No .....  
 residing at ..... do  
 (Address of member)  
 hereby declare that I was employed as a ..... in  
 (Occupation)  
 .....  
 (Name and address of employer)  
 from ..... to ..... and that the said company / Institution is  
 not in operation now / employer refused to certify the application. I also declare that during  
 the period I served at the said .....  
 (Name and address of employer)  
 contributions had been paid to the ETF on my behalf under Employer no .....  
 and Member No ..... I also declare that contribution have been paid on behalf of  
 my me by the Name of ..... I do hereby  
 (Name in ETFB)  
 unconditionally agree that in the event of it being established that some other person by the  
 said name ..... or the said Person's  
 (Name in ETFB)  
 ETF Member number was ..... to re-pay the Employees' Trust Fund all  
 proceeds of benefits paid to me. I further agree unconditionally to pay interest on the  
 proceeds drawn to the date of the refund as determined and estimated by the Employees'  
 Trust Fund Board.

Signed on this ..... day of ..... Two Thousand .....

.....  
Signature of Declarer

We certify that the declarer placed his/her signature in our presence.

**Witnesses**

1) Signature : .....	2) Signature : .....
Name : .....	Name : .....
Designation : .....	Designation : .....

Official Seal :

Official Seal :

(N.B. Grama Niladhari and Divisional Secretary should sign as witnesses. If application citizen in foreign country she / he could witness from a lawyer)