



සේවා නියුක්තයන්ගේ හාර අරමුදල් මණ්ඩලය

නොමියාර නම්පික්කෙක් පොරුපු නිතිය්‍ය සංඛ්‍යාත

EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD



ශ 011-7747200 / 011-7747800 ඇ 011-7747229 ඇ 071-3101917 ඇ mgrclm@etfb.lk

Online Appointment: web – <https://appointment.etfb.lk> ඇ 0112103010

ප්‍රතිලාභ අයදුම්පත

## CLAIM APPLICATION FORM

කොරල් බිජ්‍යාප්පාධාවම්

(කාර්යාලයේ ප්‍රයෝගනය සඳහා පමණි.)  
(අවුවලක ඉපයොක්තිම් මාත්තිරුම්)  
(for office use only.)

සේවා නියුක්තිය අවසන් වීම / තොම් මුද්‍රාවුත්තල / Cessation of Employment

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

මුක්කියමානතු : බිජ්‍යාප්පාධාවත්ත නිර්පාවතරු මුණ්නා තයාශේස්තා පින්තිනොයාපිටින් ආර්ථිකතාවන් වාසික්කම් යුතු යුතු මාන්‍යමාක නිර්පාපාත බිජ්‍යාප්පාධාවන්ක් කොටුපෙන්වා මෙරුකොට්ටාවෙන් කාලතාමතත්තා රුපුදුක්තුම්.

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

## පළමු කොටස / මුතලාම පාඨු / PART ONE

➤ (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය) (අංකත්තවරාල නිර්පාප්පාධාවතරු) (TO BE COMPLETED BY THE MEMBER)

1(i) සාමාජිකයාගේ නම (මුල්‍යාදු සමඟ) : මහතා/මහත්මිය/මෙනාවිය }  
අංකත්තවරින් පෙයර (මුතලෙමුත්තුකශක්‍රීත්තා) : තිරු/තිරුමති/සේල්වි  
Member's name (with initials):Mr./Mrs./Miss

(ii) සම්පූර්ණ නම: }  
මුළුපෙයර : }  
Name in full: }

(iii) චෙනත් නම: }  
ශේෂය පෙයරක් : }  
Other names: }

2. (i) ලිපිනය : }  
මුක්කාරී : }  
Address : }

(ii) දුරකථන අංකය : නිවස : } (iii) ජාගම :  
තොලුපොසි ණලක්කම / වතිවිතම්: } කෙයුත්කාත් තොලුපොසි }  
Telephone No. : Home : Mobile:

(iv) විද්‍යුත් ලිපිනය/ මින්නාන්සල /E-mail : .....

3 (i) වයස : } (ii) උපන් දිනය : }  
වයතු : } පිශ්චත තිකති : }  
Age: } Date of birth: }

4. ජාතික හැඳුම්පත් අංකය : }  
ජෞරී අංශයාන අංශ ණලක්කම : }          
National Identity Card No. :

5. ඔබ ප්‍රතිලාභ අයදුම් කරනු ලබන ආයතන පිළිබඳ විස්තර පහත කොටුවේ පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න.

න්ත්කරී සමර්පිකක්ෂා කොරල් තොටර්පාන තොයුලතුරුන් බිජ්‍යාප්පාධාවන් නීමෝයුන් අට්ටවානායිල තෙව්වාක ගුණුවුම්

Write clearly the details of the Employers in respect of which you are submitting the claim in the box below.

සේවය ඇරුමු දිනය නියාත්ත තිකති Date of commencement of employment	සේවය අවසන් තුළ දිනය තොම් මුද්‍රාවුත්තල තීක්ෂා Date of cessation of employment	ආයතනයේ / වත්තේ නම නිරුවන්තින් / තොටැත්තින් පෙයර Name of Establishment / Estate	සේවායේ/ෂක අංකය තොම් මුද්‍රාවුත්තල තීක්ෂා Employer No.	සාමාජික අංකය පිශ්චත තිකති Member No.	අවසන් වරට දරන ලද තනතුර ප්‍රතිචාර තිරුත්මාක වකිත්ත පතලි Last Position held



- (ii) தானிக ஹைட்டுமிபதவ அனுல ஸாமாலீக்கயாரே நம: தேசிய அடையாள அட்டைக்கு அமைவாக பணியாளரின் பெயர்: Name of the employee according to National Identity Card (NIC) } .....
- (நலேன வெபங்க் லியே நம சீ ஸாலூ லிபைக் குடிரைபதே கரன்ன. பெயரில் மாற்றம் இருப்பின் அது தொடர்பில் கடிதம் ஒன்றை சமர்ப்பிக்கவும் /If name was changed, submit a letter for the same.)
2. செவ்வ அவசன் லீலெ ஹேந்லு: } .....
- தொழில் முடிவுறுத்தலுக்கான காரணம்: Cause of cessation of employment: }

3. அவசன் செவ்வயேஶக யடனே ஸாமாலீக ஆக கிதிபயகின் செவ்வ கர ஆன்னம், செவ்வ காலைந் வென் வென்வ ஸாலூந் கல ழனுய. / .இறுதி சேவை வழங்குநரின் கீழ் பல அங்கத்துவ இலக்கங்களின் கீழ் சேவையாற்றி இருப்பின் சேவைக் காலத்தை தனித்தனியாக குறிப்பிடவும். / If several member numbers have been worded under the same employer, the period of service should be mentioned separately.)

- (i) செவ்வயேஶக ஆகய: } .....
- தொழில் வழங்குநர் இல: Employer No.: } .....
- (ii) ஸாமாலீக ஆக : } .....
- அங்கத்தவர் இல: Member Nos.: } .....

4. ஸாமாலீகயா வெனுவென் ளயக இட்டு ஷர கல கால பரிவீலேஷ்ய பகத ஸாலூந் கரன்ன.

அங்கத்தவர் சார்பாக உதவு தொகைகள் அனுப்பப்பட்ட காலப்பகுதியை கீழே குறிப்பிடவும்.

State below the period for which **contributions were remitted** on behalf of the member.

அரமீலை/ஆரம்பம்/ Started in: வர்தய } ..... மாசய } .....

ஆண்டு Year } ..... மாதம் Month } .....

அவசானய/முடிவுறுதல்/Ended in: வர்தய } ..... மாசய } .....

ஆண்டு Year } ..... மாதம் Month } .....

5. ஸாமாலீக ரிண்டு புகாயை லேவீ ழாதி வர்தயெ பஜுவ மோ ஸாமாலீகயா வெனுவென் லில ழாதி ளயக இட்டு ஷினர பகத வழவேலை ஆனுலைந் கரன்ன. அவசான வர்தீக ரிண்டு புகாயை ஆலூநன்ன.

இறுதி வருடாந்த அங்கத்தவர் கணக்கு கூற்று கிடைக்கப்பெற்ற ஆண்டின் பின்னர் அங்கத்தவர் சார்பில் நீங்கள் செலுத்திய உதவு தொகைகளின் விபரங்களை கீழேயுள்ள அட்டவணையில் தயவு செய்து உள்ளடக்கவும். இறுதி வருடாந்த கணக்கு கூற்றை இணைக்கவும்.

Please include in the following table the details of contributions you have made on behalf of the Member **after the year for which the last Annual Member Statement of Accounts was issued**. Please attach last Annual Member Statement of Accounts.

வர்தய ஆண்டு Year	ஸலு அர்஦ வர்தய <b>1 ஆவது</b> அரையாண்டு 1st Half Year	டெவெ அர்஦ வர்தய <b>2 ஆவது</b> அரையாண்டு 2nd Half Year	லிகங்கு ரூ. ரூ. சது மொத்தம் ரூபா சது மொத்தம் Total Rs. Cts.	அவசான மொ 12 ஸாமாலீகயா வெனுவென் கெவன ழெ ளயக இட்டு ஷினர மாசைவு ஸாலூந் கரன்ன. <b>உறுப்பினருக்காக வழங்கப்பட்ட இறுதி 12 மாதங்களுக்குமான பங்களியிபு விபரங்கள்</b> State monthly details of contributions remitted on behalf of the member for the last 12 months
				மாசய/மாதம்/Month
				ஜன./ஜனவரி/Janu.
				பெ.//பெப்ரவரி/Feb.
				மார்சு/மார்ச்/Mar.
				ஏப்ரல்/ஏப்ரல்/April
				மூடி/மே /May
				ஜூன்/ஜூன் /June
				ஜூலை/ஜூலை /July
				ஆகஸ்ட்/ஆகஸ்ட்/Aug.
				சூக்டீ/செப்டம்பர்/Sep.
				இக்கு/ஒக்டோபர்/Oct.
				நோவெ/நவம்பர்/Nov.
				டிசை/டிசம்பர்/Dec.
லிகங்கு மொத்தம்/Total				

