



කේවා නිශ්චක්තයන්ගේ හාර අරමුදල් මණ්ඩලය
ඉඩුයාර් නම්පික්කෙක් පොරුප්පූ නිතියාස සංඟ
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD



011 7747232 / 233



076 4594514



mgrbenad@etfb.lk

Online Appoiment: Web –<https://appoiment.etfb.lk> Hotline –011 2103010

නිත්‍ය දුබලතා රක්ෂණ වන්දී (හඳුනී අනතුරු / රෝගය) අයදුම්පත්‍රය
ඉඩුයාර් නම්පික්කෙක් පොරුප්පූ නිතියාස සංඟ නිරන්තර අංකවේෂනත්තිර්කාණ කාප්‍යුතු නැට්ටාසු (අවසා
විපත්තා / තොය) විශ්වාස්‍යපාඨවම්

Application for Permanent Disablement Insurance Indemnity (Accident /Illness)

කාර්යාලයේ ප්‍රශ්නය සඳහා පමණ
අවශ්‍යවක් යම්පාදුරු මාත්තරය For office use only

පලමු කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යෙය) පත්‍රය I (අංකත්තවර් ප්‍රාණපාඨුත්තල වෙළුම්) Part I (To be completed by the Member)

01 (I) සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමඟ) {
අංකත්තවරින් පෙයර් (මුතල උග්‍ර නිර්මාණයෙන් ඇති)
Name of the Member (with Initials)}

(II) මුලකුරු වලින් හඳුන්වෙන නම {
මුතලමුත්තුක්කිනීනාල කුරිප්පිටප්පාම පෙයර්
Names denoted by initials}

02 (I) ලිපිනය {
මුක්කාවාසි }
Address {
(III) දුරකථන
තොலෙපොසි ණල }
Telephone

03 (I) උපන් දිනය {
පිහුන්ත තිකති }
Date of Birth {
(III) වයස
වයතු }
Age {
Whatsapp Number }

04 (I) ජාතික හැඳුනුම්පන් අංකය {
තොසිය අභ්‍යාරා අට්ටා ඩිලක්කම }
National Identity card Number {
..... }

05 (I) මධ්‍ය සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය {
තාන්ක්කා පැවතියාර්ථුම නිරුවණත්තින් පෙයර්
මරුවා මුක්කාවාසි }
Name and Address of the Institution where you
are in employment {
..... }

(II) සේවායේ සේවා අංකය / පෙරුද්ද. අංකය {
තොழිල් බුද්ධිකාරීන් නො. තො. නි. ඩිලක්කම }
Employer's EPF No. / PPF No {
(III) සාමාජික අංකය
අංකත්තවර් ඩිලක්කම }
Member Number {
..... }

(IV) සේවය ආරම්භ කළ දිනය {
සේවා ආරම්භක්කාව තිකති }
Date of the commencement of service {
..... }

(V) රැකියාවේ ස්වභාවය {
තොழිල් තන්මා }
Nature of the employment {
..... }

06 (I) බැංකු ගිණුම පිළිබඳ විස්තර (ඔබගේ බැංකු ගිණුමේ ජායා පිටපතක් අමුණාන්න)

வங்கிக் கணக்கு பற்றிய விபரம் (தங்களது வங்கிக் கணக்கின் நிழற் பிரதியை இணைக்கவும்)

Details of the Bank Account (Attach a photocopy of your Bank Account)

ബംക്കുവേണ്ട നമ്മുടെ വന്തീയിൽ പെയർ Name of Bank	ബംകു ഓഫീസിലെ കണക്കു ഇലക്കമ് Bank Branch	തിരുമ്പി അംഗങ്ങൾക്കു വന്തീയിൽ കൊടുക്കാൻ വിവരം Account Number

07 (I) ஹடிக் அனநுர் சிட்டுவி / ரீதை வரலாற்று தீவிய
அவசர விபத்து நடைபெற்ற / நோய் தொற்றிய திகதி
Date on which the accident occurred / illness sustained }

(II) நடை அனுரதி / ரீதை சீவனாலிய
அவசர விபத்தின் / நோயின் தன்மை
Nature of the accident / illness }

(III) യോജനയ്ക്ക് മുൻപുള്ള വിവരങ്ങൾ

(ഒ) അനുമതിക്കപ്പെട്ട തീയതി Date of hospitalization	}
---	---------

(IV) ரெஃபாலன் திட்டு இனக
வைத்தியசாலையிலிருந்து
வெளியேறிய திகதி
Date of discharge from the hospital }

(V) அனுமதி கிடைக்கப்பட்ட வைத்தியசாலை
 Name of Hospital to which you were admitted }
 கிராமத்தில் கிடைத்து உள்ள மருத்துவ நிறுவனம்

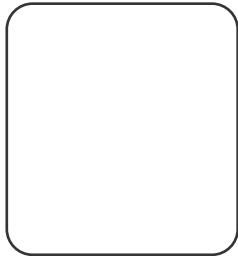
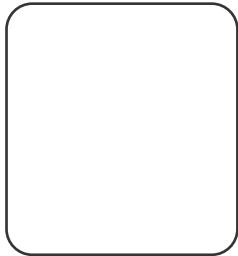
(VI) நிதான குறிப்பையில் கொடுக்கப்பட்ட நிரந்தர அங்கவீணம் காரணமாக தொழில் இழக்கப்பட்ட திகதி Date of the loss of employment due to permanent disablement }

මා විසින් ඉහත දක්වා ඇති තොටතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මෙති අසත්‍ය තොටතුරු සැපයුවහාත් මට විරෝධව උසාවියක නැඩා ප්‍රවර්තන බැබිය භාජි බව මා උතිම්

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகவல்கள் உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் குறிப்பிடுகின்றேன். இங்கு பொய்யான தகவல்கள் வழங்கப்பட்டிருப்பின் எனக்கு எதிராக நீதிமன்றத்தில் வழக்கு தொடுக்கப்படும் என்பதையும் நான் அறிவேன்.

I hereby declare that the above information given by me are true and correct. I am aware that I may be liable to be filed action against in a court of law in the event I provide false information herein.

ഉള്ളഭികർന്നു താഴവരെത്തിലി സലക്കു
പെരുവിരല് അടൈയാണ്
Applicant Thumb Impression



வல் / இடது
Left

ட்குனு / வலது
Right

സംഘത്തിന്റെ അദ്ധ്യക്ഷൻ
അംഗത്വവർണ്ണ കൈയ്യൊപ്പമ്
Signature of Member

ଦିନ୍ୟ / ତିକତି / Date

08 (I).....	.....தி தீர்மை .....	.....தி
(லினக)		(அயனங்கே நம்)
கலமனுகர் / பாலக / அசிதிகர் .....	.....வன மம	
சீவாயீர்க் காலக / போட்.அ.அ. அகா .....	.....வன, சீ.ந.க. அகா .....	.....உர்னு
.....சீவக்கா / திலைர்கா .....	.....தீந சிர மே டக்வா மேம	
(காலக்கால் நம)		
அயனங்கே சீவா நிழுக்குவு சிரி விவந் பிறு / அரை .....	.....தீந சிர .....	.....ஹெநுவு மத
இதை டுபிலுதாவயவு பந்துவு ஓரெந் சீவக அவசன் கல விவந் மேகின் சுதாதிக கர்மி		
.....வசிக்கும்.....இன்		
(முகவரி)		(நிறுவனத்தின் பெயர்)
முகாமையாளர் /நிர்வாகி/ உரிமையாளர் .....	.....ஆகிய நான்	
ஊ.சே.இலக்கம் / த.சே.நி.இலக்கம் .....	.....தே.அ.அ. இலக்கம்	
உடைய .....	.....ஊழியர் / உத்தியோகத்தர்	
(அங்கத்தவரின் பெயர்)		
.....ஆம் திதகி முதல் இது வரையில் இந்த நிறுவனத்தில் சேவையில் ஈடுபட்டுள்ளார் என்றும்		
அவர் .....	.....காரணத்திற்காக நிரந்தர அங்கவீன நிலமைக்கு	
உட்பட்டுள்ளார் என்பதை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.		

I, , the Manager / Employer / Owner of
(Name of the Institution)

situated at do hereby certify that the Employee / Officer holding the
(Address of the Institution)
EPF / PPF No. and NIC No. is in the employment of this institution
from to date and that he / she terminated his / her service on as he / she became
permanently disabled due to

තවද අප විසින් ඔහු / ඇය වෙනුවෙන් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් දායක මුදල් අඛණ්ඩව ඉහත අංක 08 (I) යටතේ සඳහන් සේවා නියුක්තිය අවසන් කළ දිනය දක්වා සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මත්ස්‍යලය වෙත එවා ඇති බවත් තවදුරටත් ඔහු / ඇය අප ආයතනයේ සේවය තොකරන බවත්, සහතික කරන අතර, තින්හි දූෂ්ඨතාවයට පත්වූ මාසයට පෙර මාස ලොහැක (12)ක් සඳහා ඔහු / ඇය වෙනුවෙන් භා සියලුම සේවකයින් වෙනුවෙන් නැමුවන් කරන ලද දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

மேலும், எம்மால் அவர் சார்பில் ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபைக்குரிய பங்களிப்புத் தொகை தொடர்ச்சியாக மேலே இலக்கம் 08 (I) இன் கீழ் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சேவையை முடிவுறுத்திய திகதி வரையில் ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபைக்கு அனுப்பி வைக்கப்பட்டுள்ளது என்பதையும் அவர் மேலும் எமது நிறுவனத்தில் சேவையாற்றவில்லை என்பதையும் உறுதிப்படுத்துவதோடு, நிரந்தர அங்கவீனத்திற்கு உள்ளாகிய மாதத்திற்கு முன்னரான பண்ணிரெண்டு (12) மாதங்களுக்கு அவர் சார்பில் மற்றும் அனைத்து ஊழியர்கள் சார்பிலும் வைப்பிலிடப்பட்ட பங்களிப்புத் தொகைகள் பற்றிய தகவல்கள் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன.

Furthermore, it is informed that we have continued to make contributions to the Employees Trust Fund on his / her behalf up until his / her termination of employment as stated in Para I above and that he / she is no longer in service under our Institution now and the particulars of contributions made for him / her and also, for all of the employees under this Institution for a period of twelve (12) months preceding the month during which he / she became permanently disabled are set out below 08 (I).

ଉହନ କାଲେଜିମାରି ଅଧ୍ୟାତ୍ମିକ ଦ୍ୱାସକ ମୁଦ୍ରାରେ ଗେଲିବା ଦିନରେ
ମେହିପାତି କାଳପ ପିରିବକୁରିଯ ପଙ୍କଶିଳ୍ପିତ ତୋକେ
ଚେଲାତ୍କତ୍ପାତ୍ତକ ମାତ୍ରିରିପ ପାଇବାମୁ

Were the payment of contributions relating to the period above made through

ଭୁର୍ବ-1 ମରିନ୍ ମଦଳ୍ ଗେବନ୍ତଙ୍କ ନାମ ଲିମ ଟ୍ରେମାର୍କ୍ ଅଣ୍ଟାର ଅକ୍ଷାତି II ପାର୍ଶ୍ଵ

(a) දැනගමන් සේවා තියුක්තයන්ගේ හාර අරමදාල් මත්ස්‍යලය වෙත එවා ඇති අතර එම වාර්තාවේ ඔහුගේ / ඇයගේ නම ඇතුළත් වී ඇති බවත්

(b) ඉදිරියේදී එව්මට නියමිත බවත් එම වාර්තාවේ ඔහුගේ ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත් සහතික කරමි

R-1 ମାତ୍ରିର ପାଇଁମ ଇନ୍ ଫଳମ ପଣମ୍ ଚେଲକୁତ୍ତିଯିନ୍ଦରିପିନ୍ ଅକ୍ଷକାଲପ ପିରିଵକୁଟରିଯ ମାତ୍ରିର ପାଇଁମ ପିରକାରମ ଅଣିକକେ ॥

(a) தற்போது தங்களது நிறுவனத்திற்கு அனுப்பப்பட்டுள்ளதோடு, அந்த அறிக்கையில் அவரது பெயர் உள்ளடக்கப்பட்டுள்ளது என்னாம்.

(b) எதிர்காலத்தில் அனுப்பிவைக்கப்படவுள்ளது என்றும், அந்த அறிக்கையில் அவரது பெயர் உள்ளடக்கப்பட்டுள்ளது என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

Where as I make such payment of monies by Form R 1, I do hereby certify that the Form II Returns relating to the said period

(a) have already been sent to your Institution and that his / her name is included in that return ; and

(b) are due to be sent in the future and that his / her name will be included in such return.

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සංඛ්‍ය හා නිවැරදිව වල මෙයින් ප්‍රකාශ කරන අතර, මෙම යම් අසංඛ්‍ය තොරතුරුක් සංපූර්ණවහොත් යේවා නියුත්ක්තයන්ගේ හාර අරමුණුල් පනතේ 39 වන වගන්තීය යටතේ මට විරැද්ධිව උසාවියක නඩු පවත්තු ලැබේය හැකි වල මා දැනීම

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் இத்தால் குறிப்பிடுகின்றேன். இங்கு ஏதேனும் பொய்யான தகவல்களை வழங்குமிடத்து ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபை சட்டத்தின் 39 ஆம் பிரிவின் கீழ் எனக்கு எதிராக நீதிமன்றக்குல் வழக்குத் தொடுக்கப்படும் என்பதையும் நான் அறிவேன்.

I do hereby declare that the above information is true and correct and I am aware that if any information furnished by me herein is found to be false, I may be liable to be filed action against in a court of law under section 39 of the Employees Trust Fund Act.

ଦିନ୍ୟ / ତିକତି / Date

என்னிட்டுக்காரர் அதீசன ஈ திலமூல
தொழில்வழங்குநரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை
Signature and Official Seal of the Employer

தூர்களின்
தொலைபேசி இல
Telephone

හතරවන කොටස (කළමනාකරු / ප්‍රාදේශීය කළමනාකරු හිර්දේශය) පැකුත් ඩීජිල් (මුකාමයාලාර් / පිරාන්තිය මුකාමයාලාරින් සිපාරිස්)

10 (l) ඉහත සඳහන් තොරතුරු අභ්‍යාලන් සාමාජිකයා වන ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක දරුණ
.....(මකා / මිය / මෙනෙවිය) අප කාර්යාලයේදී / සාමාජිකයාගේ නිවසේදී
පරික්ෂා කළ අතර ඔහු / ඇය විසින් ප්‍රකාශ කළ පරිදි
රෝගයෙන් පෙළෙන බව පෙනීයන බැවින් ඔහු / ඇය විසින් පරික්ෂා කරන ලද විශේෂය වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය මත ගෙවීම් කළ
හැකි බව මෙයින් සහතික කරමි.

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகவல்களைக் கொண்ட அங்கத்தவரான தே.அ.அ இலக்கம்
 (திரு/திருமதி/செல்வி)..... என்பவரை எமது அலுவலகத்தில் / அவரது வீட்டில் நான் பரீசித்தேன்.
 அவர் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள படி நோயினால் அவர் பீடிக்கப்பட்டிருப்பது தெரியவருவதுடன்,
 அவரைப் பரிசோதித்த விசேட நிபுணத்துவ வைத்தியரின் சிபாரிசுக்கு அமைய கொடுப்பனவு செலுத்த முடியும் என்பதை
 இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

The member with the foregoing information, (Mr./Mrs./Ms.) , holder of the National Identity Card Number was subject to observation by me at my office / his/her residence and I do certify that he / she was found to be suffering from the illness as stated by him / her, and may find himself / herself eligible for indemnification on the recommendation of the specialist doctor who examined him/her.

கல்லூரிகள் / பூதேங்கை கல்லூரிகள் அதீஸன நா திலமுடுவி
முகாமையாளர் / பிராந்திய முகாமையாளர் (கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை)
Manager / Regional Manager (Signature and Official Seal)

ଦିନାୟ / ତିକତି / Date

යොමුකල යුතු ලියකියවිලි

01. අයදුම්කරුගේ පාතික හැඳුනුම්පතහේ සේවා ගෝපක මගින් සහතික කරන ලද ජායා පිටපතක්
 02. රෝග නිශ්චය තුන්බුව සහ අනතුරට / අසනීපයට අදාළව අයදුම්කරු වෙත ඇති සියලුම වෛද්‍ය වාර්තාවල සේවා ගෝපක විසින් සහතික කරන ලද ජායා පිටපත් (වෛද්‍ය මත්ත්බල වාර්තා ඇත්තෙනම් වියද ඇත්තෙන් වේ මූල්‍ය පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි)
 03. අනතුර / අසනීපය තේතුවෙන් අයදුම්කරු රැකියාවෙන් විශාම ගැන්වූ බව සහතික කෙරෙන සේවාගෝපකගේ මුළු හෝ වෛද්‍ය මත්ත්බල තීරණ මත විශාම ගැන්වීමේ මුදිය (විශාම ගන්වන දිනය සඳහන් විය යුතුය)
 04. නදියි අනතුර සහ ඉන් ලද තුවාල අසනීපය සහ විය ආරම්භ වූ ආකාරය පිළිබඳවත් ඒ හේතුවෙන් දැනට ඇතිව් තීබෙන තිත්ත දුබලතාවය පිළිබඳවත් පැහැදිලි කෙරෙන විස්තරයක් (මෙය අයදුම්කරුගේම අත්සන හෝ ඇගිල් සලකනු සකිනව ඉදිරිපත් කළ යුතුයි)
 05. මෙම අයදුම්පතට ඉදිරිපත් කෙරෙන බිංකු තිශ්‍රුම අයදුම්කරුගේම නම්න් විවෘත කරන ලද තති හෝ බද්ධ තිශ්‍රුමක් විය යුතුයි

සැලකිය යුතුයි

- >> පෝරමයේ තුන්වන කොටස විශේෂයෙන් වෙබුදා වෘත්තිකයාගේ ලියපදිංචි අංකය සමඟ නිල මුද්‍රාව සහිත අත්සන සහ රෝගියාගේ දුඩුලතාවය ප්‍රතිශත යෙදීම අතිවාර්තනයෙන්ම සඳහන් විය යුතුය
 - >> අයදුම්කරු වෙනුවෙන් අප අරමුදලට බූක මුදල් ගෙවනු ලැබූ අංකය සම්පූර්ණයෙන් (සේවායේ ජක අංකය සමඟ කාමාපික අංකය) සඳහන් කළ යුතුය
 - >> රෝහලෙන් පිටත දින සිට හෝ නිත්‍ය දුඩුලතාවයට පත්වූ දින සිට හෝ සේවයෙන් ඉවත් වූ දිනය යන කරුණු අතරින් අවසන් සිදුවීමේ දින සිට මාස 12ක් ඉක්මවීමට පෙර අයදුම්පත ඉදිරිපත් කළ යුතුය
 - >> අසන්නිපය සිදුවූ දිනට පෙර අවම වශයෙන් වසරක හො රීට වැඩි කාලයක් මත්ස්‍යලයේ කාමාපිකත්වය දරා තිබිය යුතුයි
 - >> තිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන මුද අයදුම්පත් අදාළ ලියකියවිල් සමඟ පහත සඳහන් ලිපිනයට ගොමු කරන්න

කළමනාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)

සේවා නියක්තයන්ගේ හාර අරමදලු මත්විලය
“මෙහෙවර පියස” 19 වන මහ නාට්‍යානෙන්පිට කොරම් 05

දරක්මලන අංක - 011-7747200 / 232 / 233 / 234

විරිස් පැහැදිලිය - 076-4594514

රු මේල් - mgrbenad@etfb.lk

சமர்ப்பிக்க வேண்டிய ஆவணங்கள்

01. விண்ணப்பதாரியின் தேசிய அடையாள அட்டையில் தொழில் வழங்குநரால் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட நிழற் பிரதி
 02. நோய் நிர்ணய அட்டை மற்றும் விபத்திற்கு / நோய்க்கு ஏற்படுத்தாக விண்ணப்பதாரியிடம் உள்ள அனைத்து மருத்துவச் சான்றிதழ்களும் தொழில் வழங்குநரால் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட நிழற் பிரதிகள் (மருத்துவ சபையின் அறிக்கைகள் இருப்பின் அவற்றையும் சேர்த்து மூலம் பிரதிகளை சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.)
 03. விபத்து / நோய் காரணமாக விண்ணப்பதாரி தொழிலிருந்து ஓய்வுபெற்றுள்ளார் என்பதை உறுதிப்படுத்தும் தொழில் வழங்குநரின் கடிதம் அல்லது மருத்துவச் சபையின் தீர்மானத்திற்கு அமைய ஓய்வுபெறுவிக்கப்பட்ட கடிதம்.(ஓய்வு பெறவுள்ள திகதி)
 04. அவசர விபத்துக்கள் மற்றும் அதனால் ஏற்பட்ட காயங்கள், நோய் மற்றும் அது ஆரம்பிக்கப்பட்ட விதம் தொடர்பிலும் அதன் காரணத்தினால் தற்போது ஏற்பட்டுள்ள நிரந்தர அங்கவீன நிலைமை பற்றிய தெளிவான விளக்கம் (இதனை விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம் மற்றும் பெருவிரல் அடையாளங்களுடன் சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.)
 05. இந்த விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிக்கும் வங்கிக் கணக்கு விண்ணப்பதாரியின் பெயரிலேயே திறக்கப்பட்ட தனியான அல்லது இணைந்த கணக்காக இருக்கவும் வேண்டும்.

കവനക്കിറ്റെക്കാൾ വേണ്ടിയാവ

- >> மாதிரிப் படிவம் பகுதி III இல் விசேட மருத்துவ நிபுணரின் பதிவிலக்கத்துடன் பதவி முத்திரையுடன் கையொப்பம் கட்டாயமாக இடப்படுவது வேண்டும்.
 - >> விண்ணப்பதாரி சார்பாக எமது நிதியத்திற்கு பங்களிப்புத் தொகை செலுத்தப்பட்ட இலக்கத்தை (தொழில் வழங்குநரின் இலக்கத்துடன் அங்கத்தவரின் இலக்கம்) முழுமையாக குறிப்பிடுவது வேண்டும்.
 - >> மருத்துவமனையிலிருந்து வெளியேறிய நாள் முதல் அல்லது நிரந்தர அங்கவினைத்திற்கு உள்ளாகிய தினத்திலிருந்து அல்லது சேவையிலிருந்து நீங்கிய தினம் ஆகிய விடயங்களில் இறுதியாக நிகழ்ந்த சம்பவ நாளிலிருந்து 12 மாதங்கள் கழிவதற்கு முன்னர் விண்ணப்பத்தைச் சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.
 - >> நோய் ஏற்பட்ட திகதிக்கு முன்னர் ஆகக் குறைந்தது ஒரு வருடம் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட காலத்திற்கு சபையின் அங்கத்துவத்தைப் பேணியிருத்தல் வேண்டும்.
 - >> உரிய முறையில் பூரணப்படுக்கிய விண்ணப்பப்படவுக்கை ஏற்பட்டைய அவணங்களுடன் பின்வரும் முகவரிக்கு அனுப்பிவைக்கவும்.

(முகாமையாளர் (நலன்கள் நிர்வாகம்)

ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபை,
 “மெஹூவர் பியேஸ்” 19 ஆம் மாடி,
 நாராவேண்பிட்ட, கொழும்பு 05.

ଓଡ଼ିଆ ପ୍ରକାଶନୀ | ୧୮୫୮୦ | ୦୯୧୮୩୪୨୦୦ | ୨୩୨ | ୨୩୩ | ୨୩୪

WhatsApp No.: 0764594514

Email: marrbonad@atfb.lk

Email :- migbenad@iitb.ac.in

Documents to be submitted

01. A photocopy of the National Identity Card of the applicant, certified by the employer.
02. Photocopies of the diagnosis card and all medical reports relating to the accident / illness in the possession of the applicant (including the report of the medical board, if any. Original copies should be submitted.), certified by the employer.
03. A letter from the employer confirming that the applicant has been retired from the employment in consequence of the accident /illness or the letter of retirement following the decision of the Medical Board.
04. A clear description of the accident and the injuries sustained from it, the illness and how it began and the condition of the permanent disability as at present owing to such illness. (This should be submitted with the applicant's own signature or fingerprints.)
05. The bank account tendered for the purpose of this Application Form should be an individual or joint account opened exclusively in favour of the name of the applicant.

should be considered

- >> Form VII must compulsorily carry the medical practitioner's signature with the official stamp alongside his/ her registration number.
- >> The number in respect of which the contributions to our Fund (member number along with the employer's number) was made on behalf of the applicant should be stated in full.
- >> The application should be submitted not later than one year (01) from the date of discharge from the hospital or from the date of the permanent disability or from the date of the termination of service, whichever occurred later.
- >> Should have held the membership of the Board for at least one year or more prior to the date of the occurrence of the illness.
- >> Duly perfected Application Form together with all relevant documents should be forwarded to the address given below :-

Manager (Benefits Administration)
Employees Trust Fund Board,
“Mehewara Piyesa”, 19th Floor,
Narahenpita, Colombo 05.

Telephone. No. :- 011-7747200 / 232 / 233 / 234
Whatsapp. :- 076-4594514
Email :- mgrbenad@etfb.lk