



සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය  
 ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபை  
 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 වන්දි ( හදිසි අනතුරු / .....රෝගය ) අයදුම්පත්‍රය  
 ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச் சபை நிரந்தர அங்கவீனத்திற்கான காப்புறுதி நட்பு (அவசர விபத்து / ..... நோய்) விண்ணப்பப்படிவம்

Application for Permanent Disablement Insurance Indemnity (Accident / .....Illness)

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි  
 அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு மாதிரிம் For office use only

පලමු කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කල යුතුය) பகுதி I (அங்கத்தவர் பூரணப்படுத்தல் வேண்டும்) Part I (To be completed by the Member)

01 (I) සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) } .....  
 அங்கத்தவரின் பெயர் (முதல் எழுத்துக்களுடன்) } .....  
 Name of the Member (with Initials) } .....

(II) මුලකුරු වලින් හැඳින්වෙන නම } .....  
 முதலெழுத்துக்களினால் குறிப்பிடப்படும் பெயர் } .....  
 Names denoted by initials } .....

02 (I) ලිපිනය } .....  
 முகவரி } .....  
 Address } .....  
 (II) දුරකථන } .....  
 தொலைபேசி இல } .....  
 Telephone } .....

03 (I) උපන් දිනය } .....  
 பிறந்த திகதி } .....  
 Date of Birth } .....  
 (II) වයස } .....  
 வயது } .....  
 Age } .....  
 Whatsapp Number

04 (I) ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය } .....  
 தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் } .....  
 National Identity card Number } .....

05 (I) ඔබ සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය } .....  
 தாங்கள் பணியாற்றும் நிறுவனத்தின் பெயர் } .....  
 மற்றும் முகவரி } .....  
 Name and Address of the Institution where you } .....  
 are in employment } .....

(II) සේවයේදී සේවා අංකය / පෞද්.අ. අංකය } .....  
 தொழில் வழங்குநரின் ஊ.சே.நி.இலக்கம் } .....  
 த.அ. இலக்கம் } .....  
 Employer's EPF No. / PPF No } .....  
 (III) සාමාජික අංකය } .....  
 அங்கத்தவர் இலக்கம் } .....  
 Member Number } .....

(IV) සේවය ආරම්භ කළ දිනය } .....  
 சேவை ஆரம்பிக்கப்பட்ட திகதி } .....  
 Date of the commencement of service } .....

(V) රැකියාවේ ස්වභාවය } .....  
 தொழிலின் தன்மை } .....  
 Nature of the employment } .....

06 (I) බැංකු ගිණුම පිලිබඳ විස්තර ( ඔබගේ බැංකු ගිණුමේ ඡායා පිටපතක් අමුණන්න )

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

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

බැංකුවේ නම වාංකියිනිනි පෙයර් Name of Bank	බැංකු ශාඛාව කණකු ශිලකකම Bank Branch	ගිණුම අංකය වාංකිකි කිඛෛ Account Number

07 (I) හඳිසි අනතුර සිදුවූ / රෝගය වැලඳුන දිනය  
அவசர விபத்து நடைபெற்ற / நோய் தொற்றிய திகதி  
Date on which the accident occurred / illness sustained

(II) හඳිසි අනතුරෙහි / රෝගයෙහි ස්වභාවය  
அவசர விபத்தின் / நோயின் தன்மை  
Nature of the accident / illness

(III) රෝහලට වූ දිනය  
வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி  
Date of hospitalization

(IV) රෝහලෙන් පිටවූ දිනය  
வைத்தியசாலையிலிருந்து வெளியேறிய திகதி  
Date of discharge from the hospital

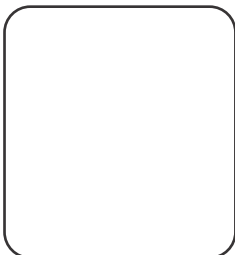
(V) අනුලක් කරනු ලැබූ රෝහල  
அனுமதிக்கப்பட்ட வைத்தியசாலை  
Name of Hospital to which you were admitted

(VI) නිත්‍ය දුබලතාවය හේතුව මත රැකියාව අහිමි වූ දිනය  
நிரந்தர அங்கவீனம் காரணமாக தொழில் இழக்கப்பட்ட திகதி  
Date of the loss of employment due to permanent disablement

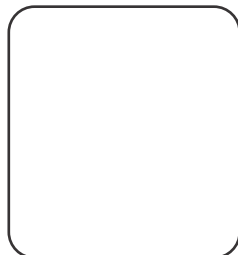
මා විසින් ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මෙහි අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත් මට විරුද්ධව උසාවියක නඩු පවරනු ලැබිය හැකි බව මා දනිමි  
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகவல்கள் உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் குறிப்பிடுகின்றேன். இங்கு பொய்யான தகவல்கள் வழங்கப்பட்டிருப்பின் எனக்கு எதிராக நீதிமன்றத்தில் 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.

ඉල්ලම්කරුගේ මාපරාගිලි සලකුණු  
பெருவிரல் அடையாளம்  
Applicant Thumb Impression



වම / இடது  
Left



දකුණ / வலது  
Right

.....  
සාමාජිකයාගේ අත්සන  
அங்கத்தவரின் கையொப்பம்  
Signature of Member

.....  
දිනය / திகதி / Date

08 (I).....  
 (ලිපිනය) (ආයතනයේ නම)  
 කළමනාකරු / පාලක / අයිතිකරු ..... වන මම  
 සේවායෝජක අංක / පෞද්.අ.අ. අංක ..... වන, ජා.හැ. අංක ..... දරණ  
 ..... සේවකයා / නිලධාරියා ..... දින සිට මේ දක්වා මෙම  
 (සාමාජිකයාගේ නම)  
 ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටි බවත් මතු / අය .....දින සිට ..... හේතුව මත  
 නිත්‍ය දුබලතාවයට පත්වූ බැවින් සේවය අවසන් කල බවත් මෙයින් සහතික කරමි  
 .....  
 (මුකවරු) .....වසිக்கும்.....  
 (නිලවනත්තින් පෙයාර් )  
 මුකාමෙයාගාර් / නිර්වාකි/ උරිමෙයාගාර් ..... ආකීය නාන්  
 ං.සෙ.ඉලකකම / ත.සෙ.නි.ඉලකකම ..... තේ.අ.අ. ඉලකකම .....  
 උදෙය .....  
 (අභ්කත්තවරින් පෙයාර්)  
 ..... ආමු තිතකි මුතල් ඉතු වරෙය්වල් ඉන්ත නිරුවනත්තීල් සේවෙය්වල් අඳුප්ඳුන්ගාර් ංන්රුමු  
 අවර් ..... ආමු තිකති මුතල් ..... කාරණත්තිර්කක නිරන්තර අභ්කවීං නිලමෙකු  
 උද්ඳුන්ගාර් ංන්පතෙ ඉත්තාල් උරුතිප්ඳුත්තූකීන්රේං.

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 .....

වචද අප විසින් මතු/ අය වෙනුවෙන් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් අඛණ්ඩව ඉහත අංක 08 (I) යටතේ සඳහන්  
 සේවා නියුක්තිය අවසන් කල දිනය දක්වා සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ මණ්ඩලය වෙත ඒවා අති බවත් වචදරටත් මතු / අය  
 අප ආයතනයේ සේවය නොකරන බවත්, සහතික කරන අතර, නිත්‍ය දුබලතාවයට පත්වූ මාසයට පෙර මාස දොළහක (12)ක් සඳහා  
 මතු / අය වෙනුවෙන් හා සියළුම සේවකයින් වෙනුවෙන් තරම්පත් කරන ලද දායක මුදල් පිලිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මෙලුම, ංමමාල් අවර් සාර්පිල් ංංංරීයර් නම්පිකකෙප් පොරුපු නිතීයස් සපෙකුරීය පභ්කංප්පුත් තොකෙ තොදර්ස්ඒයාක  
 මෙලෙ ඉලකකම 08 (I) ඉන් කීංු කුරිප්පිද්ඳුන්ගාර් සේවෙයෙ මුද්වරුත්තීය තිකති වරෙය්වල් ංංංරීයර් නම්පිකකෙප් පොරුපු  
 නිතීයස් සපෙකු අංංංපි වෙකකප්ඳුන්ගාරු ංන්පතෙයුම අවර් මෙලුම ංමතු නිරුවනත්තීල් සේවෙයාං්ංවිල්ලෙ  
 ංන්පතෙයුම උරුතිප්ඳුත්තූවතොදු, නිරන්තර අභ්කවීංත්තිර්කු උංංංකීය මාතත්තිර්කු මුන්ංරාං පංංංරෙංංු (12)  
 මාතභ්කංංු අවර් සාර්පිල් මං්ංරුම අංංංත්තූ ංංංරීයර්කං සාර්පිලුම වෙප්පිලිද්ඳුන්ගාර් පභ්කංප්පුත් තොකෙකං පං්ංරීය  
 තකවල්කං කීංෙ කුරිප්පිද්ඳුන්ගාර්.

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).





**හතරවන කොටස (කළමනාකරු / ප්‍රාදේශීය කළමනාකරු නිර්දේශය)**  
**பகுதி IV (முகாமையாளர் / பிராந்திய முகாமையாளரின் சிபாரிசு)**  
**Part IV (Recommendation of the Manager / Regional Manager)**

10 (i) ඉහත සඳහන් තොරතුරු ඇතුළත් සාමාජිකයා වන ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක ..... දරණ  
..... ( මයා/ මිය/ මෙනෙවිය ) අප කාර්යාලයේදී / සාමාජිකයාගේ නිවසේදී  
පරීක්ෂා කළ අතර ඔහු / ඇය විසින් ප්‍රකාශ කළ පරිදි .....  
රෝගයෙන් පෙළෙන බව පෙනීයන බැවින් ඔහු / ඇය විසින් පරීක්ෂා කරන ලද විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය මත ගෙවීම් කළ  
හැකි බව මෙයින් සහතික කරමි.

මෙමේලේ குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகவல்களைக் கொண்ட அங்கத்தவரான தே.அ.அ இலக்கம் .....  
(திரு/திருமதி/செல்வி)..... என்பவரை எமது அலுவலகத்தில் / அவரது வீட்டில் நான் பரீட்சித்தேன்.  
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.

.....  
කළමනාකරු / ප්‍රාදේශීය කළමනාකරු අත්සන හා නිලමුද්‍රාව  
முகாமையாளர் / பிராந்திய முகாமையாளர் (கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை)  
Manager / Regional Manager (Signature and Official Seal)

දිනය / திகதி / Date .....



## **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", 19<sup>th</sup> Floor,  
Narahenpita, Colombo 05.

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