



සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
ஊழியர்நம்பிக்கைப் பொறுப்புநிதியச் சபை
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD



(1980 අංක 46 දරණ පාර්ලිමේන්තු පනතින් ස්ථාපිතයි)

වන්දි පූර්ණ ලිපිය

.....(ලිපිනය)

පදිංචි අංක (ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය) දරණ
ජාතික හැඳුනුම්පත හිමි මා.....

.....(සේවයෝජකගේ නම හා ලිපිනය)

හි සේවය කළ සේවක අර්ථසාධක අංකහිමි.....

.....(සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම)

ගේ නීත්‍යානුකූල.....(ස්වාමිපුරුෂයා/භාර්යාව/මව/පියා/සහෝදරයා/
සහෝදරිය/දුව/පුතා) බවත්

(ඉල්ලුම්කරුගේ නම) නමින්/නම්වලින් ද හඳුන්වන්නේ මා පමණක් බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

යම් හෙයකින් වෙනත් අයෙකු සේ.නි.භා.අරමුදලේ සාමාජිකයා වන.....

..... (සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම)

හා (ETF වාර්තා අනුව නම)

ගේ තැන්පත් මුදල සඳහා නීත්‍යානුකූල හිමිකරු ලෙස අයිතිය තහවුරු කළහොත් මා ලබාගන්නා
ඉහත සාමාජික අංක යටතේ වන සම්පූර්ණ මුදල් හා එකී කාලයට නියමිත සේවා නියුක්තයන්ගේ
භාර අරමුදල් මණ්ඩලය විසින් ගණන් බලා ඉදිරිපත් කරන පොළී මුදල් ප්‍රමාණය ද සේවා
නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලයට ප්‍රතිපූර්ණය කිරීමට කොන්දේසි විරහිතව එකඟ වෙමි.

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

.....
(ඉල්ලුම්කරුගේ ලිපිනය) පදිංචි.....

..... (ඉල්ලුම්කරුගේ නම) විසින් ඉහත ප්‍රකාශය
සම්බන්ධයෙන් ඔහුගේ පුරුදු අත්සන මා ඉදිරිපිටදී තැබූ බව මෙයින් සහතික කරමි.

.....
ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන හා
නිල මුද්‍රාව

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් / අතිරේක දිසාපති
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය:

දිනය:



சீலா திசுக்கனசன்தை னார அரவூடல் மன்கலச
ஊழியர்நம்பிக்கைப் பொறுப்புநிதியச் சபை
EMPLOYEES' TRUST FUND BOARD



(Established by Employees' Trust Fund act no. 46 of 1980)

Letter of Indemnity

I,, holder of
NIC No.....,do hereby certify that I am the.....
(Wife/Husband/Mother/Father/Brother/Sister/Daughter/Son) of.....
..... (Name of the deceased member),
whose EPF No. is..... and who was employed by.....
by.....
(Name and address of the closed employer).

I also certify that the name.....
..... (Name of the deceased member) and
..... (Name according to ETF records) refer to my.....
(Wife/Husband/Mother/ Father/Brother/Sister/Daughter/Son).

If, for any reason, it is found that someone else is the legal heir to the ETF benefits of the
aforementioned member, (Name of the deceased member) I
hereby undertake to reimburse the Employees' Trust Fund Board the funds received, along
with interest as determined by the Employees' Trust Fund Board, without any conditions.

.....
(Beneficiary's Signature)

I hereby certify that.....
.....(Address of the beneficiary) of.....
.....(Name of the beneficiary)
placed his/her usual signature in my presence, confirming that the details given above
are true and correct.

.....
Signature & Official Seal of
the Grama Niladari

Date :

.....
Signature & Official Seal of
the Divisional Secretary/AGA

Date: