



6. ரෝගியின்/ அனாதை சமீபத்தில்/ உடனடியாக/ மருத்துவச் செலவு செய்துள்ள நோய்/ விபத்து மொத்தச் செலவு  
 Total cost of treatment spent on illness/ accident

7. இவ் படிவத்தை விசைப் பரிசீலனை செய்வதற்காக அனுப்ப வேண்டிய தொகை  
 The sum payable, if reimbursed by your institution

8. வேறு நிறுவனங்கள், அமைப்புகள் அல்லது காப்புறுதி நிறுவனங்களினால் மீளளிப்புச் செய்யப்படும் தொகை. Sum reimbursed by other institutions, organizations or insurance companies.

එම ආයතනය/ සංවිධානයේ නම அந்த நிறுவனத்தின்/ அமைப்பின் பெயர் Name of such institution/ organization	දරනු ලබන වියදම வழங்கப்படும் தொகை Cost incurred
1.	
2.	

9. ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ඉල්ලුම් කරන මුදල  
 நலத்திட்டத்தின் கீழ் விண்ணப்பிக்கும் தொகை  
 Sum applied for under Benefits Scheme

10. බැංකු ගිණුම පිළිබඳව විස්තර (වෙක්පතකින් ගෙවීම් කරන බැවින් තමන්ගේ නමින් ගිණුමක් තිබීම අත්‍යවශ්‍යයි) ධනයෝජන හා ස්ථීර තැන්පත් ආදායම් නොවේ. වැங்கි කණකට පුද්ගලික විවර්තන (කාසොලා මුලය කොටුපනවු සේවාවලට) තනතුරු පෙයර්වල වැங்கි කණකට ඉරුගත්තල් අවශ්‍යයි) තනතුරුකරු මර්ණය නිලයාන වෛද්‍ය කණකටුකරු ඉරුගත්තල් අවශ්‍යයි. Bank Account details (Having an account in favour of your own name is essential as payments are made by cheques) Danayojana Accounts and Fixed Deposits are not applicable.

මුලකුරු සමඟ නම முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் Name with Initials	බැංකුවේ නම සහ ගිණුම් ශාඛාව வங்கியின் பெயர் மற்றும் கிளை Name of Bank and Branch of the Account	ගිණුම් අංකය கணக்கு இலக்கம் Account Number

11. රෝහලේ වීම සම්බන්ධ විස්තර පහත සඳහන් කරන්න./ வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட தகவல்களை கீழே குறிப்பிடுக. Please give details regarding the hospitalization.

01. අසනීපය/ අනතුර පිළිබඳ විස්තර  
 நோய்/ விபத்து பற்றிய தகவல்கள்  
 Details of Illness/ accident

02. අසනීපය වැළඳුන / අනතුර සිදු වූ දිනය  
 நோய் பீடிக்கப்பட்ட/ விபத்து நடந்த திகதி  
 Date on which the Illness sustained/ Date of accident

03. රෝහලේ වටිනා සිටි රෝහල  
 அனுமதிக்கப்பட்ட வைத்தியசாலை  
 Hospital into which you were admitted

(i) රෝහලේ වූ දිනය  
 அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி  
 Date of hospitalization

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

12. මීට පෙර ශ්‍රමසුව රැකවරණ ප්‍රතිලාභ වෙනුවෙන් ආධාර මුදල් මෙම අරමුදලින් ලබාගෙන ඇද්ද? .....  
 இதற்கு முன்னர் சிரமசுவ ரெகவரண நலனுக்காக நிதியுதவிகள் இந்த நிதியத்திலிருந்து பெற்றுக்கொண்டுள்ளீரா? .....  
 Has any assistance been obtained from the Fund against Shramasuwa Rekavarana benefits previously? .....
13. ලබාගෙන ඇති ආධාර මුදල් ප්‍රමාණය රු. ....  
 பெற்றுக்கொண்டுள்ள நிதியுதவித் தொகை ரூ. ....  
 Sum so received as assistance Rs. ....

ඉහත සඳහන් කර ඇති අසනීපය/ අනතුරුමය ආබාධයන්ගෙන් මා පෙළුන බවත්, රෝහල්ගත වී ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට අදාලව මා විසින් දරන ලද වියදම් සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඉහතින් සඳහන් කර ඇති දිනවල දී මා රෝහල්ගතව ප්‍රතිකාර ලැබූ බවත්, සහතික කරන අතර, ඉහත සඳහන් තොරතුරු වැරදි හා අසත්‍ය බවට ඔප්පු වුවහොත් මට විරුද්ධව උසාවියක නඩු පැවැරිය හැකි බව ද මම දනිමි. තව ද, ව්‍යාජ බිල්පත් ඉදිරිපත් කර ඇති බව අනාවරණය වුවහොත් ඉදිරියේ දී මෙම ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ කිසිදු ප්‍රතිලාභයක් ලැබීමට සුදුසුකම් නොලබන බව ද මම දනිමි.

I do hereby certify that I suffered from the aforementioned illness / accidental disabilities and that the expenses borne by me in receiving hospitalized treatment are true and correct and that I received treatment whilst being under hospitalization during the dates as stated above and I do further know that I can be filed a case against in a court of law if the abovementioned information is found to be incorrect and false. I am also aware of the fact that I will not be eligible for any benefits whatsoever under this Benefits Scheme in the future if any submission of forged bills by me is detected.

මேற்கුறிப்பிடப்பட்டுள்ள நோயினால் பீடிக்கப்பட்டு/ விபத்து காரணமாக உபாதைக்கு உள்ளாகியிருந்தேன் என்பதையும் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டு சிகிச்சைப் பெறுவதற்காக என்னால் செய்யப்பட்ட செலவுகள் உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் மேற்குறிப்பிடப்பட்ட தினங்களில் நான் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டு சிகிச்சைப் பெற்று வந்தேன் என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேற்குறிப்பிடப்பட்ட தகவல்கள் பொய்யானவை என நிரூபிக்கப்படும் பட்சத்தில் எனக்கு எதிராக நீதிமன்றமொன்றில் வழக்கு தொடுக்கப்படலாம் என்பதையும் நான் அறிவேன். மேலும் போலியான விலைப் பட்டியல்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டுள்ளதாக கண்டறியப்படுமிடத்து எதிர்காலத்தில் இந்த நலத்திட்டத்தின் கீழ் எவ்வித நலன்களையும் பெற்றுக்கொள்ள தகைமைப் பெறமாட்டேன் என்பதையும் நான் அறிவேன்.

මහපැහිලි සළකුණු/ பெருவிரல் அடையாளம்/ Thumb Marks

වම/இடது /Left	දකුණ/வலது /Right

.....  
 සාමාජිකයාගේ අත්සන  
 அங்கத்தவரின கையொப்பம்  
 Signature of the Member

.....  
 දිනය/திகதி/ Date

දුරකථන අංකය/ தொலைபேசி இலக்கம்/ Contact No  
 .....

**2 කොටස/ பகுதி 2/ Part II**

(To be completed by the General Practitioner/ Surgeon /Physician who treated the patient)

1. Name of patient : .....
2. Condition that required investigation or treatment : .....  
.....  
.....
3. Diagnosis of disease : .....  
.....  
.....
4. Details of treatment or operation : .....  
.....  
.....
5. State briefly the history of injury or ailment : .....  
.....  
.....
6. Period the patient is unfit for work or needs rest : From -..... To -.....
7. State approximately when, in your opinion, the ailment could have BEGUN or CONTRACTED by the patient :  
.....  
.....  
.....
8. Date of admission : .....
9. Date of discharge : .....

I certify that I am the General Practitioner / Surgeon / Physician who treated the patient referred to above and confirm that the above details are true and correct.

Date : .....

.....  
Signature & Seal of Medical Practitioner/  
Surgeon /Physician

Name of Medical Practitioner/ Surgeon/ Physician : .....

Qualification : .....

Address : .....

Contact No : .....

N.B. To completed by the Surgeon in all cases of surgical treatment.

### 3 කොටස/ பகுதி 3/ Part III

(සේවයෝජක විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි. / தொழில் வழங்குநரால் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்./ To be completed by the employer)

..... (ලිපිනය) හි පිහිටි  
..... (ආයතනයේ නම) හි කළමනාකරු/ පාලක/ අයිතිකරු  
..... වන මම සේ.අ.අංක /පු.අ.අ.අංක ..... සහ  
ඡා.හැ. අංක ..... දරණ .....  
(සාමාජිකයාගේ නම) සේවකයා/ නිලධාරියා..... දින සිට මේ දක්වා මෙම ආයතනයේ සේවා  
නියුක්තව සිටින බවත්, ඔහු/ ඇය ..... දින සිට ..... දින දක්වා වෛද්‍ය නිවාඩු මත සේවා  
ස්ථානයෙන් බැහැරව සිටි බවත් සහතික කරමි.

I, ..... the Manager/ Administrator/ Owner  
of ..... (Name of Institution) at  
.....  
..... (Address of Institution) certify that the Employee/ Officer  
..... (Name of Member) bearing EPF/ PPF  
No..... and NIC No. .... is in the employment of this institution from  
..... to date and that he/ she was away from this workstation from ..... to  
..... on medical leave.

..... இல் அமைந்துள்ள (முகவரி)  
..... இன் முகாமையாளர்/ நிருவாகி (நிறுவனத்தின் பெயர்)  
உரிமையாளர் .....  
ஆகிய நான் ஊ.சே.நி. இலக்கம்/ த.சே.நி. இலக்கம் .....  
மற்றும் தே.ஆ.அ. இலக்கம் ..... உடைய  
..... என்பவர்  
(அங்கத்தவரின் பெயர்) ..... ஆம் திகதி முதல் இது வரையில் இந்த  
நிறுவனத்தில் தொழிலில் ஈடுபட்டிருந்தார் என்றும் அவர் ..... ஆம் திகதி முதல்  
..... ஆம் திகதி வரை மருத்துவ லீவின் காரணமாக சேவை நிலையத்திற்கு வெளியில்  
இருந்தார் என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

තව ද, අප විසින් ඔහු/ ඇය වෙනුවෙන් අඛණ්ඩව මේ දක්වා සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලට දායක මුදල් ගෙවා ඇති බව  
දක්වා සිටින අතර, ඔහු/ ඇය රෝහල්ගත වූ මාසයට පෙර මාස දොළහ (12) සඳහා ඔහු/ ඇය වෙනුවෙන් හා සියළුම සේවකයින්  
වෙනුවෙන් තැන්පත් කරන ලද දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත. மேலும், அவர் சார்பில் இது வரையில்  
ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியத்திற்கான பங்களிப்புத் தொகை தொடர்ச்சியாக அனுப்பப்பட்டுள்ளது. அத்தோடு  
அவர் வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு முன்னரான பன்னிரண்டு (12) மாதங்களுக்கும் அவருக்காக  
வைப்பிலிடப்பட்ட பங்களிப்புத் தொகை பற்றிய விபரங்கள் மற்றும் நிறுவனத்தின் அனைத்து ஊழியர்களுக்காகவும்  
அக்காலப் பிரிவுக்காக செலுத்தப்பட்ட ஊழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியத்தின் பங்களிப்புத் தொகைகள் பற்றிய  
விபரமும் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது. Furthermore, it is informed that we have continued to make contributions to the  
Employees Trust Fund on his/ her behalf up until now and the particulars of contributions made for him/ her and for all  
of the employees for a period of twelve (12) months prior to his/ her hospitalization are set out below.



**“ශ්‍රමසුව රැකවරණ” රෝහල්ගත වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ හිමි වීම සඳහා වන සුදුසුකම්**  
**“Sīramasuva Rekawarana” மருத்துவனை அனுமதி காப்புறுத்தித் திட்டத்தின் கீழ் நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்வதற்கான தகைமைகள்**  
**Entitlement to benefits under “Shramasuwa Rekawarana” Hospitalization Medical Insurance Scheme**

- (1) මෙම ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ අරමුදලේ සාමාජිකයෙකු වෙනුවෙන් අදාළ ප්‍රතිලාභ හිමි වීම සඳහා, இந்த நலன் திட்டத்தின் கீழ் நிதியத்தின் அங்கத்தவர் ஒருவர் ஏற்புடைய நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்வதற்காக, In order to claim the relevant benefits on behalf of a member of the fund under this benefit scheme,
- i. අදාළ අසනීපය හෝ අනතුර නිසා සිදුවූ ආබාධය හේතුවෙන් ප්‍රතිකාර ලබාගැනීම සඳහා රෝහල් ගතවන අවස්ථාව වන විට අදාළ සාමාජිකයා අරමුදලේ සක්‍රීය සාමාජිකයකු විය යුතු අතර අවුරුදු පහක කාලයක් අරමුදලේ අඛණ්ඩ සාමාජිකත්වය දරා තිබිය යුතුයි. ஏற்புடைய அங்கத்தவர், தொடர்புடைய நோய் அல்லது விபத்தினால் ஏற்பட்ட இயலாமை காரணமாக சிகிச்சை பெறுவதற்காக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படும் போது நிதியத்தின் செயலாக்கமுள்ள அங்கத்தவராக இருத்தல் வேண்டும். அத்தோடு ஐந்து வருட காலத்திற்கு நிதியத்தில் தொடர்ந்தும் அங்கத்தவராக இருந்திருத்தல் வேண்டும். The relevant member should be an active member of the fund at the time of admission to the hospital for treatment owing to the related illness or disability caused by the accident and should have been a continuous member holding the membership of the fund for a period of five years.
  - ii. රෝහල් ගත වන මාසයට පෙර මාසය දක්වා වූ අවුරුද්දක (මාස 12ක) කාලයක් සඳහා අදාළ සේවා නියුක්තිකයා වෙනුවෙන් සේවයෝජක විසින් අඛණ්ඩව නියමිත කාලයට දායක මුදල් බැර කර තිබිය යුතුයි. வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு முன்னைய மாதம் வரையில் ஒரு வருட (12 மாதங்கள்) காலப்பகுதிக்கு ஊழியர் சார்பில் தொழில் வழங்குநரால் தொடர்சியாக உரிய காலத்தில் பங்களிப்புத் தொகை செலுத்தப்பட்டிருத்தல் வேண்டும். The respective employer should have continuously credited the contributions for the employee concerned for a period of one year (12 months) up until the month before the hospitalization.
- (2) “ශ්‍රමසුව රැකවරණ” වෛද්‍ය රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ රු.50000/= ක මුදලක් දැනටමත් ලබාගෙන ඇති සාමාජිකයින්ට තවදුරටත් මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලැබීමට හිමිකම් නැත. “Sīramasuva Rekawarana” மருத்துவக் காப்புறுத்தித் திட்டத்தின் கீழ் ரூ. 50,000/= தொகையைப் பெற்றுக்கொண்டுள்ள அங்கத்தவர்களுக்கு இத்திட்டத்தின் கீழ் மேலும் நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்ள உரிமை இல்லை. Members who have already availed a sum amounting to Rs.50000/= under the “Shramasuwa Rekawarana” Medical Insurance Benefit Scheme are no longer entitled to claim benefits under this scheme.
- (3) ප්‍රතිලාභ හිමි වීම සඳහා දින 02 ක් හෝ ඊට වැඩි කාලයක් රෝහල්ගතව ප්‍රතිකාර ලබාගත යුතුයි. நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்ள 02 நாட்கள் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட நாட்கள் வைத்தியசாலையில் தங்கியிருந்து சிகிச்சைப் பெற்றிருத்தல் வேண்டும். In order to have entitlement to the benefits, a member should be subject to hospitalized treatment for 02 days or more.
- (4) උපදෙස් හා ඉල්ලුම් පත්‍රය සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු ලියවිලි: அறிவுறுத்தல்கள் மற்றும் விண்ணப்பத்துடன் சமர்ப்பிக்க வேண்டிய ஆவணங்கள்: Instructions and the documents to be submitted along with the application form:
- i. අයදුම්පත්‍රයේ I වන කොටස සාමාජිකයා විසින් ද, II වන කොටස ප්‍රතිකාර කරන ලද වෛද්‍යවරයා විසින් ද, III වන කොටස සේවයෝජක විසින් ද නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුයි. விண்ணப்பத்தின் I ஆவது பகுதி அங்கத்தவரினாலும் II ஆம் பகுதி சிகிச்சையளிக்கும் வைத்தியரினாலும் III ஆம் பகுதி தொழில் வழங்குநராலும் சரியாக பூரணப்படுத்தி சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். Part I of the application form should be duly completed and submitted by the member, and Part II thereof by the physician who treated him/her and Part III by the employer.



ii. එයට අමතරව අයදුම්කරු විසින් රෝහල වෙත ගොවා ඇති ගෙවීම් වලට අදාල වූ මුදල් කුවිතාන්සිවල (Receipts) මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය. அதற்கு மேலதிகமாக விண்ணப்பதாரியினால் வைத்தியசாலைக்கு செலுத்தியுள்ள கொடுப்பனவுகளுக்கு ஏற்புடைய சிட்டைகளின் (Receipts) மூலப் பிரதிகளை சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். In addition to that, the applicant should submit the original copies of the receipts related to the payments made to the hospital.

(7) සාමාජිකයාගේ ප්‍රතිලාභ අයදුම්පතේ සටහන් කර ඇති නම/ බිල්පත්වල/ මුදල් කුවිතාන්සිවල/ ආකෘති II වාර්තාවල/රෝග නිශ්චය කුණ්ඩුවේ/ බැංකු ගිණුමෙහි සඳහන් නම සහ ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි සඳහන් නම අතර වෙනසක් පවතී නම් නමෙහි වෙනසට අදාලව ආයතනයෙන් ලිපියක් යොමු කරන්න. அங்கத்தவரின் நலன் விண்ணப்பத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பெயர்/ பட்டியல்களில்/ சிட்டைகளில்/ படிவம் II அறிக்கைகளில்/ நோய் நிர்ணய அட்டையில்/ வங்கிக் கணக்கில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பெயர் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டையிலுள்ள பெயர் என்பவற்றுக்கிடையில் வித்தியாசம் காணப்படுமாயின் பெயர் வித்தியாசம் தொடர்பில் ஏற்புடைய நிறுவனத்தினால் கடிதமொன்றை சமர்ப்பிக்கவும். If there is a difference between the name recorded in the member's benefit application/ bills/ cash receipts/Form II reports/ diagnosis card/ bank account and the name mentioned in the National Identity Card, please submit a letter from the respective institution regarding such name change.

(8) මෙම යෝජනා ක්‍රමය යටතේ සාමාජිකයෙකුගේ සම්පූර්ණ සේවා කාලය තුළදී ලබාගත හැකි ප්‍රතිලාභ මුදල රු. 50,000/= ක් පමණි. இந்தத் திட்டத்தின் கீழ் அங்கத்தவர் ஒருவரின் முழு சேவைக் காலத்திற்குள் பெற்றுக்கொள்ள முடியுமான தொகை ரூ. 50,000/= மாத்திரமாகும். Under this scheme, the beneficial sum of money that can be availed during the entire period of service of a member is Rs. 50,000/= only.

**වැදගත්/முக்கியம்/Important**

- සියලුම රජයේ රෝහල්, රජයේ ආයුර්වේද රෝහල් හා පෞද්ගලික රෝහල් නියාමන සභාවේ අනුමත ලියාපදිංචි පෞද්ගලික රෝහල් මගින් ලබාගන්නා ලද වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වෙනුවෙන් පමණක් ශ්‍රමසුච රැකවරණ රෝහල් ගත වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට හිමිකමක් ඇත. அனைத்து அரசாங்க வைத்தியசாலைகள், அரசாங்க ஆயුர்வேத வைத்தியசாலைகள் மற்றும் தனியார் வைத்தியசாலைகள் ஒருங்குபடுத்தல் சபையினால் அனுமதிக்கப்பட்ட பதிவுசெய்யப்பட்ட தனியார் வைத்தியசாலைகள் மூலம் பெற்றுக்கொள்ளும் சிகிச்சைகளுக்கு மாத்திரம் சிரமசுவ ரெகவரண வைத்தியசாலை அனுமதிக்கான காப்புறுதித் திட்டத்தின் கீழ் நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்ள உரிமையுண்டு. Only the medical treatment received in all Government Hospitals, Government Ayurvedic Hospitals and private hospitals approved and registered by the Regulatory Council of Private Hospitals is entitled to get benefits under the ShramasuwaRekawarana Hospitalization Medical Insurance Scheme.
- හදවත් සැත්කම්, වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සැත්කම්, අක්ෂිකාව බද්ධ කිරීම වෙනුවෙන් ලබාදෙනු ලබන ප්‍රතිලාභ සඳහා ඉල්ලුම් කිරීමට මෙම අයදුම්පත අදාල නොවේ. இருதய சத்திரசிகிச்சை, சிறுநீரகம் பொருத்தும் சத்திரசிகிச்சை, கண்வில்லைப் பொருத்தல் என்பவற்றுக்கு வழங்கப்படும் நலன்களுக்கு விண்ணப்பிப்பதற்கு இந்த விண்ணப்பப்படிவம் ஏற்புடையதன்று. This form of application is not applicable to apply for the benefits given for heart surgery, kidney transplant surgery, and ocular lens transplant surgery.
- පහත සඳහන් රෝග හේතුවෙන් ලබාගන්නා ප්‍රතිකාර වෙනුවෙන් මෙම ප්‍රතිලාභය හිමි නොවන බව දැනුම් දෙමි.
  1. සියදිවි නසා ගැනීමට තැත් කිරීම
  2. මත්පැන්, මත්කුඩු භාවිතය නිසා හටගනු ලබන රෝග
  3. සමාජ රෝග
  4. මානව ප්‍රතිශක්ති උෞණා වෛරසය (HIV) ආසාදනය වීමෙන් හටගන්නා රෝගාබාධ

- பின்வரும் நோய்கள் காரணமாக பெற்றுக்கொள்ளும் சிகிச்சைகளுக்கு இந்த நலன்களைப் பெற்றுக்கொள்ள முடியாது என்பதை அறியத்தருகின்றேன்.
  1. தற்கொலைக்கு முயற்சித்தல்
  2. மதுபானம், போதைப்பொருள் பாவனை காரணமாக ஏற்படும் நோய்கள்
  3. சமூக நோய்கள்
  4. மானிட நோய் எதிர்ப்புச் சக்தி குறைப்பாடு (HIV) தொற்று காரணமாக ஏற்படும் நோய்கள்.
- I hereby wish to inform you that this benefit is not claimable for the treatment received due to the following diseases.
  1. Suicide attempts.
  2. Diseases caused by the use of liquor and drugs.
  3. Venereal diseases.
  4. Diseases caused by Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection.
- මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සම්බන්ධයෙන් මණ්ඩලය විසින් ගනු ලබන තීරණය අවසාන තීරණය වනු ඇත. இந்த நலன்களை வழங்குவது தொடர்பில் சபையினால் எடுக்கப்படும் தீர்மானம் இறுதியானது. The decision made by the Board regarding the payment of these benefits will be final.
- නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්‍රය අදාළ සියලුම ලියකියවිලි සමඟ රෝහලින් පිට වී දින 90 ක් ඇතුළත පහත සඳහන් ලිපිනයට යොමු කළ යුතුයි. முறையாகப் பூரணப்படுத்தப்பட்ட விண்ணப்பங்களை ஏற்புடைய அனைத்து ஆவணங்களுடனும் வைத்தியசாலையிலிருந்து வெளியேறி 90 நாட்களுக்குள் பின்வரும் முகவரிக்கு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். The duly completed application along with all relevant documents should be sent to reach the following address within 90 days of the discharge from the hospital.

கலமநாகர (புதிலாப பரீட்சா) ஷீலா நிஸ்கந்தனின் ஶார அரமூடல் மண்பலய, 19 வன மஶல, மெஶேவர பியேச, ஶு.பே. 807, நாராஶேன்பிஶ, கௌலஶ 05.

முகாமையாளர் (நலன் நிர்வாகம்) ஶுழியர் நம்பிக்கைப் பொறுப்பு நிதியச்சபை, 19 ஆம் மாடி, மெஶேவர பியேச, த.பெ. 807, நாராஶேன்பிஶட்ட, கௌமும்பு 05

Manager (Benefits Administration)  
Employees' Trust Fund Board,  
19<sup>th</sup> Floor, MehewaraPiyesa,  
P.O. Box 807, Narahenpita,  
Colombo 05.

தூரகல்பன அணக/ தொலைபேசி/ Contact No	- 0117747232
வல்பீஅடீ/ வட்செப்/ WhatsApp	- 0716375041
வீடூதல் லிபிநய/ மின்னஞ்சல்/ Email Address	- mgrbenad@etfb.lk
வெபி அலவீச/ இணையத்தளம்/ Website	- www.etfb.lk