

වෛද්‍යාධාර/වෛද්‍යාධාර ණය සඳහා ඉල්ලුම් පත්‍රය

MEDICAL AID / MEDICAL LOAN APPLICATION FORM

සී/ස තැපැල් හා ටෙලිකොම් සේවක සමුපකාර බැංකු සමිතිය - තැ.පෙ. 569, ලොටස් පාර , කොළඹ 01
 POST & TELECOM CO-OPERATIVE BANK SOCIETY LIMITED - PO.BOX 569, LOTUS ROAD, COLOMBO 01

දිනය/ Date: 20...../...../.....

01. ඉල්ලුම් කිරීම/ Applying for වෛද්‍යාධාර/ Medical Aid වෛද්‍යාධාර ණය / Medical Loan
02. සාමාජිකයාගේ නම
 Name of the Member :
03. සාමාජික අංකය / Membership No:

2	-								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--
04. සේවා ස්ථානය /Working Place
 දුරකථන අංකය/ Tel No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
05. පෞද්ගලික ලිපිනය/ Private Address:.....

 දුරකථන අංකය/ Tel No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
06. වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කරනු ලබන්නේ කා වෙනුවෙන් ද? (රෝගියාගේ නම) :
07. රෝගියාගේ වයස /Age of the Patient
08. රෝගියාගේ ලිපිනය / Address of the Patient.....
09. සාමාජිකයාට ඇති හැසුදු/ Relationship with the Member :
10. රෝගයේ ස්වභාවය සහ දිනයන් Nature of the illness and dates :
11. ප්‍රතිකාර ගනු ලබන්නේ රජයේ රෝහලකින්ද (ඔව්/හැර) Treatment from Government Hospital? (Yse/No) :
- ('ඔව්' නම් රෝහලේ නම, රෝග නිශ්චය වාර්තාවේ ඡායා පිටපත ආයතන ප්‍රධානියා මගින් සහතික කර අමුණා
- (If "Yes" please attach copies of diagnosis card by certifying from the department head)
12. රෝහල් ගතවී සිටි කාලය/Duration of the admission in hospital:.....
13. විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් ප්‍රතිකාර නිර්දේශ කර තිබේද (ඔව්/හැර)
- Any recommendet treatment from specialist : (Yse/No)
- "ඔව්" නම් විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ නම/ If "Yes" Name of the specialist :
14. ප්‍රතිකාර සඳහා මසක දරන වියදම/Expenditure of treatment for a month :
15. මීට පෙර බැංකු සමිතියෙන් වෛද්‍යාධාර හෝ වෛද්‍යාධාර ණය ලබා ඇත්ද?
- Have you pre applied medical aid or loan in this society?
- ඔව් නම්, If yes, වර්ෂය Year :.....
- වෛද්‍යාධාරයක්ද වෛද්‍යාධාර ණයක්ද යන්න/ Medical Aid/Medical Loan :

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් සහතික කරමි. මාගේ ආසන්න මාසයේ වැටුප් විස්තරයක් ද මේ සමග අමුණා ඇත.
 I do hereby certify that the above mentioned particulars are given by me are true and accurate and I have attached recent payslip herewith.

.....
 සාමාජික අත්සන/ Signature of the Member

- | | |
|---|---|
| 01. සාක්ෂි/Witnesses
සාමාජිකයාගේ නම/Members' Name :
අත්සන/Signature :
සාමාජික අංකය/Membership No :
උපන් දිනය/Date of Birth : | 02. සාක්ෂි/Witnesses
සාමාජිකයාගේ නම/Members' Name :
අත්සන/Signature :
සාමාජික අංකය/Membership No :
උපන් දිනය/Date of Birth : |
|---|---|

ඉල්ලුම්කරු සඳහා උපදෙස් / விண்ணப்பதாரிகளுக்கான அறிவுறுத்தல்கள்

01. ඉල්ලුම්පත්‍රයේ පසුපිට තොරතුරු නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන්න
02. පහත සඳහන් කර ඇති ලියකියවිලිවල පිටපත් කාර්යාල ප්‍රධානියා විසින් සහතික කර ඉදිරිපත් කරන්න.
 - රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුව
 - පෞද්ගලික අංශයේ රෝහලක නම් රෝහලෙන් ලබාදුන් බිල්පත්
 - රෝහල්ගතව සිටි කාලය තුළ බාහිරින් ලබා ගත් ඖෂධ සඳහා වන බිල්පත් (රෝහල් ගතවූ තැනැත්තාගේ නමට සහ රෝහල්ගතවී සිටි දිනවලට අදාළ විය යුතුයි)
 - වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කරන්නේ බිරිඳට හෝ ස්වාමිපුරුෂයාට නම් විවාහ සහතිකයේ පිටපතක්
 - වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කරන්නේ දරුවෙකුට නම් උප්පැන්න සහතිකයේ පිටපතක්
03. ණය මුදල හෝ ආධාර මුදල අවශ්‍ය වන්නේ කුමක් සඳහා ද යන්න පැහැදිලි විස්තරයක් වෙතම ඇමිණිය යුතුය.
04. පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ නම, වයස හා රැකියා විස්තර ඇතුලත් ලේඛනයක් ඉදිරිපත් කරන්න.
05. රෝහලෙන් පිටත් වූ දිනයේ සිට මාස 03ක් ඇතුළත ඉල්ලුම් කළ යුතුයි.

01. விண்ணப்பப்படிவத்தில் மறுபக்கத்திலுள்ள தகவல்களை சரியான நிரப்பவும்
02. கீழ்வரும் ஆவணங்களின் பிரதிகளை காரியால தலைமை அதிகாரியின் மூலம் உறுதிப்படுத்தி முன்வைக்கவும்
 - நோய் நிருணய அட்டை
 - தனியார் வைத்தியசாலை சிகிச்சை பெற்றிருப்பின் அதற்கான பற்றுச்சீட்டு
 - வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்த திகதிகளில் தனியார் மருந்துசாலைகளில் மருந்து பெற்றதற்கான பற்றுச்சீட்டு (பற்றுச்சீட்டு நோயாளியின் பெயரில் இருத்தல் அவசியம்)
 - வைத்தியநிதி விண்ணப்பிப்பது மனைவி அல்லது கணவருக்காக எனில் திருமண சான்றிதழ்
 - வைத்தியநிதி விண்ணப்பிப்பது பிள்ளைக்காக எனில் பிறப்பு சான்றிதழ்
03. வைத்தியகடன் அல்லது வைத்திய நிதி பெறுவதற்கான காரணத்தைப் குறிப்பிட்ட கடிதம்
04. குடும்ப அங்கத்தவர்களின் பெயர், வயது மற்றும் தொழில் ஆகியன உள்ளடங்கிய விபரம்.
05. வைத்திய சாலையில் இருந்து வெளியேறிய திகதியிலிருந்து 03 மாதத்திற்குள் விண்ணப்பிக்க வேண்டும்.

කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි/ FOR OFFICE USE ONLY

01. වෛද්‍යාධාර/වෛද්‍යාධාර ණය ඉල්ලා ඇති සාමාජිකයා පිළිබඳ විස්තර

නම : සාමාජික අංකය :

සේවා ස්ථානය :

02. මෙම සාමාජිකයා මීට පෙර ලබා ගෙන ඇති වෛද්‍යාධාර/ වෛද්‍යාධාර ණය ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ වාර්තාව

		වෛද්‍යාධාර	වෛද්‍යාධාර ණය
1	ලබාගෙන තිබේද යන්න	ඇත / නැත	ඇත / නැත
2	ලබාගත් දිනය		
3	ලබා දුන් මුදල	රු.	රු.
4 දිනට වෛද්‍යාධාර ණය ශේෂය (ඇත්නම්)		
5	පෙර ලබා ගත් වෛද්‍යාධාර/ වෛද්‍යාධාර ණය ලබා ගත්තේ කවුරුන් වෙනුවෙන් ද		
6	විශේෂ කරුණු		

03. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සාමාජික පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව, පරිගණක දත්ත සහ සාමාජික ලෙපර් ආශ්‍රයෙන් නිවැරදිව උපුටා ගනිමි.
කළමනාකාර සහකාර නම අත්සන : දිනය :

04. පරීක්ෂා කළා, ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදිය
පරිපාලන නිලධාරී අත්සන :
දිනය සාමාන්‍යාධිකාරී / මූල්‍ය කළමනාකරු

05. මුදල් අනු කමිටුවේ නිර්දේශය/ අධ්‍යක්ෂ මණ්ඩලයේ අනුමැතිය
කමිටු රැස්වීම පැවැති දිනය : නිර්දේශ අංකය :

අධ්‍යක්ෂ මණ්ඩල රැස්වීම පැවැති දිනය : තීරණ අංකය :

ගරු සහාපති : ගරු ලේකම් :

දිනය : දිනය :

සී/ස තැපැල් හා ටෙලිකොම් සේවක සමුපකාර බැංකු සමිතිය, ලෝටස් පාර, කොළඹ 01
ගෙවීම් වවුචරය

නම :.....	වැය පාලන ලෙපර් පිටුව	<input type="text"/>
ලිපිනය :.....	ගෙවීම් විශ්ලේෂණ පිටුව	<input type="text"/>
.....	වවුචර් අංකය	<input type="text"/>
.....	වෙක්පත් අංකය	<input type="text"/>
වැය ශීර්ෂය :.....		<input type="text"/>

දිනය	විස්තරය	වටිනාකම	
		රු.	ශත
රුපියල්			

E:\Asanku\Application Forms\Payment Voucher.indd

පිළියෙළ කළේ :.....	පරීක්ෂා කළේ :.....
ලේඛණගත කළේ :.....	නිර්දේශ කළේ :.....
අනුමත කළේ	මූල්‍ය කළමනාකරු / ගණකාධිකාරී
..... ගරු සහාපති / සාමාන්‍යාධිකාරී	ඉහත සඳහන් මුදල / වෙක්පත නිවැරදිව පරීක්ෂා කර බලා භාර ගනිමි. <input type="text"/> ලබන්නාගේ අත්සන