



PE/SH/FO/SE/01

ශ්‍රී ලංකා ඉහළුවර්ණය  
ශ්‍රී ලංකා ජනරජයේ

සාමාන්‍ය අනතුරු ආරක්ෂණ දෙපාර්තමේන්තුව  
සැත්කම් හා රෝහල් වියදම් ආරක්ෂණය - හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය

අනු අංකය:-

ඔප්පු අංකය : ..... අන්තිම වාර මුදල් ගෙවූ දිනය: .....

රක්ෂිතයාගේ:- 1. නම (සම්පූර්ණයෙන්) ..... වයස: .....

2. රැකියාව: .....

සම්පූර්ණයෙන් විස්තර කරන්න.

3. ලිපිනය : ..... දුරකථන අංකය : .....

4. බැංකුවේ නම: .....

හිඟුම් අංකය

Bank Code

Branch Code

Acc Code

යැපෙන්නන්ගේ (හිමිකම් ඉල්ලන්නේ කවරෙකු සඳහාද වී ඇත්තේ):

1. නම (සම්පූර්ණයෙන්) ..... වයස: .....

2. ඥාති සම්බන්ධය : .....

කුඩාල - කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න:-

1. හදිසි අනතුර සිදුවූ දිනය හා ස්ථානය : .....

2. හදිසි අනතුර සිදුවූ ආකාරය නිවැරදිව : .....

3. කුඩාලවල ස්වභාවය හා ප්‍රමාණය : .....

රෝගය - කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න:-

1. රෝගයේ ස්වභාවය හෝ විස්තරය .....

2. රෝගය පවත් ගත් දිනය: .....

අබලතා කාලය:- (අ) කුඩාලවල/රෝගයේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ඔබගේ සාමාන්‍ය කටයුතුවල යෙදීමට බැරවුණේ .....

.....සිට ..... දක්වා

(ආ) කුඩාලවල/රෝගයේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් හිටපු සිමා වී සිටියේ .....

..... දක්වා

සාමාන්‍ය තොරතුරු :-

- මේ කුඩාල හෝ රෝගය සඳහා ඔබට ප්‍රතිකාර කරන හෝ කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම හා ලිපිනය සඳහන් කරන්න.
- ඔහු ඔබගේ සුපුරුදු වෛද්‍යවරයාද?
- ඔහු හෝ වෙනත් වෛද්‍යවරයෙකු ඔබගේ කිසියම් කුඩාලයකට / රෝගයකට ප්‍රතිකාර කළේද? එසේ නම් විස්තර සපයන්න.
- ඔහුට මීට පෙර කවර කලකදී හෝ මේ රෝගය වැළඳී තිබුණේද? එසේ නම් විස්තර සපයන්න.
- ඔබට පසුගිය පස් වසර තුළ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය වන කිසියම් හදිසි අනතුරක් හෝ රෝගයක් වූයේද? එසේ නම් සම්පූර්ණ විස්තර සපයන්න.

6. මේ සංස්ථාව හෝ වෙනත් රක්ෂකයකු හෝ සුභ සාධක සම්බන්ධතා/ අරමුදලක් කෙරෙහි හිමිකම් ඉල්ලීමක් පැන නැගුණු හදිසි අනතුරු තුවාල වලින් හෝ රෝගයකින් කලින් ඔබ පෙනුණේද? එසේ නම් විස්තර සපයන්න.

7. ඔබට සිදු වූ කිසියම් තුවාලයක් හෝ රෝගයක් සම්බන්ධයෙන් කිසියම් වෙනත් රක්ෂකයෙකු සම්බන්ධතා හෝ අරමුදලක් කෙරෙහි වූ හිමිකම් ඉල්ලීමක් සැලකිල්ලට භාජනය වෙමින් තිබේද? නැතහොත් එවැනි හිමිකම් ඉල්ලීමක් කිරීමට ඔබට අයිතියක් තිබේද?

8. මේ හිමිකම් ඉල්ලීමට අදාළ තුවාල හෝ රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේ නම්, පහත සඳහන් විස්තර සපයන්න.  
 (අ) රෝගයේ ස්වභාවය  
 (ආ) ප්‍රතිකාරවල ස්වභාවය  
 (ඇ) රෝගලක්ෂණ නම්, එහි නම:  
 (ඈ) ඔබ හඟු ලබන/ගෙන ඇති ප්‍රතිකාර නිර්දේශ කළේ උපදේශන විශේෂඥ වෛද්‍යවරයන් නම් ඔවුන්ගේ නම් හා අදාළ ප්‍රතිකාර ලබාගත් වෙනත් විශේෂඥ සේවා පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න.

9. කරුණාකර පහත ලියවිලි ඉදිරිපත් කරන්න.

- 1 සියලුම ලද පත්වල මුල් පිටපත්
- 2 විස්තරාත්මක බිල්පත් මුල් පිටපත්
- 3 රෝග නිශ්චිත කාඩ් පත
- 4 සම්පූර්ණ කරන ලද හිමිකම් පත්‍රය

මා ඉහත විස්තර කළ තුවාල ලත් බව / ඉහත විස්තර කළ රෝගයෙන් පෙළෙන බව, ප්‍රකාශ කරන අතර ඒ වෙනුවෙන් මිවිසින් දරන ලද වියදම් ඉහත සඳහන් ඔප්පුව යටතේ ප්‍රතිපූර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා සිටිමි. ඉහත දැක්වෙන ප්‍රකාශ හා කරුණු යහපත් බවද මේ හිමිකම් ඉල්ලීමට සම්බන්ධ කිසිම වැදගත් තොරතුරක් මිවිසින් නොසලකා හැරීමට ඔබට සහතික කරනු ඇතර, ඉහත හිමිකම් සම්බන්ධව වෛද්‍යවරයන්ගෙන් හෝ රෝහල් පාර්ශවයන් ඔබ විසින් කරන කරුණු විමසීමකදී මාගේ විරුද්ධත්වයක් නොමැති බවටද ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය : .....

අත්සන : .....

TO BE COMPLETED BY THE PATIENT'S / GENERAL PRACTITIONER / SURGEON

- (a) Name of Patient (in full) .....
- (b) Condition that necessitated investigation or treatment .....
- (c) General Practitioner by whom referred.....
- (d) Diagnosis of disease.....
- (e) Details of treatment or operation and prognosis.....
- (f) Was the onset of illness acute, sub acute or chronic? .....
- (g) For how long would the patient have suffered from these symptoms and signs ? .....
- (h) Period of hospitalization .....
- Date of admission .....Date of discharge .....
- (i) State approximately when, in your opinion the ailment could have BEGUN or been CONTRACTED by the patient .....

I certify that I am the General Practitioner / Surgeon of the patient of the referred to above, and that I approved the services for which this claim is made

Name of Practitioner / Surgeon .....

Qualifications .....

Address .....

T. phone No .....

Date .....

Signature of the practitioner / Surgeon / Specialist with the rubber stamp. Who attended on this patient for this ailment