

ගෝඨමාන ඉරිදානේ මහාමාරු			
අවු.ව අවු.	පාසල් ශත	රැකියා කරන	වෙනත්

B. නොවස

වතුගවු රෝගය ඇති වූ කාලයෙන් පසු රුධිරය පිරිසිදු කිරීම ආරම්භ කළ කාලය

වර්ෂය

මාසය

දිනය

2. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝගල

1. ඉල්ලුම්කරුට ලැබී ඇති ආධාර සහ ඇතැම් ලැබෙන ආධාර (රුණ හා රුණ නොවන සංවිධානවලින් ලැබෙන මුදලින් හා දායකවලින්)

1. මූල්‍ය ආධාර (රුපියල්) :

2. ආබාධිත ජීවනාධාර :

3. ද්‍රව්‍යමය ආධාර :

මම වතුගවු රෝගයෙන් පෙළෙන්නකු බව ද ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවටත් වෙනත් ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලයකින් මෙම ආධාරය සඳහා ඉල්ලුම් නොකළ බවටත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

දිනය

රෝගියාගේ අත්සන

ග්‍රාම නිලධාරීගේ නිර්දේශය

.....හි පදිංචි මහතා/මහත්මිය
මම පොද්ගලිකව භුක්ත බවත් ඔහුගේ /ඇයගේ මාසික ආදායම රු.3000/-කට අඩු බවත් වතුගවු රෝගයෙන් පෙළුන බවත්, වෙනත් ප්‍රා.ලේ.කාර්යාලයකින් මෙම ආධාර මුදල ඉල්ලා නොමැති බවත්, මෙම මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

දිනය

අත්සන
(ග්‍රා.සේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

සමාජ සේවා නිලධාරී වාර්තාව

.....හි පදිංචි මහතා/මහත්මිය
අඩු ආදායම්ලාභියා. මෙම වතුගවු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

නම :

දිනය :

අත්සන
(ස.සේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

මෙම වතුගවු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ ඇයට ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

දිනය

අත්සන
(ප්‍රා.ලේකම් නිල මුද්‍රාව)

ඇමුණුම

Serial Number:

--	--

**MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE**

MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

1. Name of Patient:.....

(රෝගියාගේ නම)

2. Age :.....

(වයස)

3. Sex :.....

(ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය)

4. Address :.....

(ලිපිනය)

5. Name of Clinic/ Hospital:.....

(සායනයේ/රෝහලේ නම)

Ward No :.....

(වාට්ටු අංකය)

Clinic No:.....

(සායන අංකය)

I, hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any circumstances.

මා වක්‍රවූ රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වක්‍රවූ රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අවස්ථාව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම අත්හැර දීමට සූදාසායීව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කලකින් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient/රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....of is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

--

6 B. Dialysing patients

YES

NO

Dialysing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:.....

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.