පෝරම අංකය: 2016/(VI)

ජාතික රක්ෂණභාර අරමුදල් මණ්ඩලය

වෛද්‍ය හා රෝහල් ගාස්තු හිමිකම්
ඉල්ලුම් පත්‍රය (අග්‍රහාර)

ඔබ අයත් යෝජනා ක්‍රමය ✓

අග්‍රහාර සාමාන්‍ය 125/-	රිදී 300/-	රත් 600/-

ඔබගේ හිමිකම අදාළ වන්නේ ඉදිරියෙන් (✓) දමන්න	
රජයේ රෝහලක	
පෞද්ගලික රෝහලක	
දරු උපතක	
ඇස් කණ්ණාඩි	
හෘද සැත්කමක්	
පිළිකා	
වෙනත් රෝග	

ඉල්ලුම්කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(ඡායා පිටපතක් අමුණන්න)

1. ඉල්ලුම්කරු පිළිබඳ තොරතුරු :-

1.1 සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්) පූජ්‍ය / මයා / මිය / මෙනවිය..

....

මුලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) :- Rev / Mr / Mrs / Miss..

....

1.2 පුද්ගලික ලිපිනය (සිංහලෙන්):-..

පුද්ගලික ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්):-..

1.3 උපන් දිනය..

1.4 දුරකථන අංක: රාජකාරී.. පුද්ගලික..

2 ඔබ රැකියාව කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය..

....

3 කලත්‍රයාගේ තොරතුරු

3.1 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.2 නම..

3.3 සේවා ස්ථානයේ නම සහ ලිපිනය..

....

4. රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කරන්නේ ඔබට හෝ කලත්‍රයාට නොවේ නම් අදාළ කොටුවේ (✓) යොදා සම්පූර්ණ කරන්න.

4.1 දරුවනට ☐ මවට ☐ පියාට ☐

4.2.1 ඔහුගේ / ඇයගේ නම..

4.2.2 ඔහුගේ / ඇයගේ උපන් දිනය........................ වයස........................ [illegible]........................

5. බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය:-

5.1 බැංකු ගිණුමේ සඳහන් ඔබගේ නම..

5.2 ගිණුම් අංකය ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5.3 බැංකුවේ නම.. බැංකු ශාඛාව..

අංක. 97, මරදාන පාර, කොළඹ 10, ශ්‍රී ලංකා. இல. 97, மருதானை வீதி, கொழும்பு 10, இலங்கை. No. 97, Maradana Road, Colombo 10, Sri Lanka

දුරකථන / தொலைபேசி / Tel +94 11 4873900-5
ෆැක්ස් / தொலைநகல் / Fax +94 11 2323006
ඊමේල් / மின்னஞ்சல் / E-mail mail@nitf.lk
අන්තර්ජාලය / இணையதளம் / Website www.nitf.lk

6. මෙම අයදුම් පතට අදාල වියදම් ජනාධිපති අරමුදලෙන් හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඉල්ලුම්කර හෝ ගෙවීම් කර තිබේ නම් එම විස්තර.

6.1 ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය..

6.2 ....

6.3 ගෙවූ මුදල..

හිමිකම් අංකය / යොමු අංකය..

7. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

* ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මම හෝ කලත්‍රයා මෙම හිමිකම්පෑම ඉහත 06 ඡේදයට යටත්ව වෙනත් ආයතනයකින්, වෙනත් ක්‍රමයක් මගින් හෝ ඒ සඳහා ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර හෝ මුදල් ලබාගෙන නොමැති බව මෙයින් සහතික වෙමි.

දිනය..

....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

8. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය:-

මගේ අංකය:..

ඉහත විස්තර සඳහන් .... මහතා / මහත්මියගේ රක්ෂණ හිමිකම් අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා නිර්දේශකර මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ඔහුගේ / ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සහතික කරමි. රක්ෂිතයා ප්‍රතිකාර ලැබූ රෝහලෙන් බැහැරවූ මාසයට පෙර මාසය වූ .... මාසයේ දායක මුදල වන රු. 125/-, 300/-, 600/- අයකර .... බැංකුවේ.. ශාඛාවේ අංක.. දරණ චෙක්පතකින් ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදලේ මහජන බැංකුවේ යටින ශාඛාවේ 033-2-001-2-2467951 අංක ගිණුමට බැරකළ රුපියල් .... ක මුළු මුදලට ඇතුලත් කර ඇත.

අත්සන..

නම..

තනතුර..
(නිල මුද්‍රාව තැබීම අනිවාර්යයි)

දිනය..

<u>අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්</u>

(මෙම අයදුම්පත රෝහල් ගතවීම් හා හෘද සැත්කම් දරු උපත්, ඇස් කණ්ණාඩි, පිළිකා, වකුගඩු ආදී රෝග වලට අදාල හිමිකම් ඉල්ලුම් කිරීම සඳහා පමණි)

1. රෝහලින් පිටව දින 90 ඇතුලත හිමිකම් අයදුම්පත ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල වෙත යොමු කල යුතුය.

2. ඔබ අප වෙත යොමු කරණ සෑම ලිපිලේඛණවල ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කරන සෑම විටම ආයතන ප්‍රධානියා විසින් ඒවා සහතික කල යුතුවේ. (අඩුපාඩු සම්පූර්ණ කිරීමේදී ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය සඳහන් කරන්න.)

3. ස්වාමිපුරුෂයා, භාර්යාව, දෙදෙනාම රක්ෂිතයන් නම්
   ඇ. හිමිකම්පත රෝගියා වූ රක්ෂිතයාම ඉදිරිපත් කල යුතුය.
   ආ. සාමාජිකයන් දරුවන් වෙනුවෙන් හිමිකම් ඉල්ලුම් කල යුතුවන්නේ එක් අයෙකු පමණි.

4. යැපෙන්නන් සඳහා හිමිකම් අයදුම්පත ඉදිරිපත් කිරීමේදී පහත ලේඛන වල සහතික කල ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

   රක්ෂිතයා විවාහක නම්
   4.1 කලත්‍රයා සඳහා විවාහ සහතිකයේ ඡායා පිටපතක්
   4.2 දරුවන් සඳහා උප්පැන්න සහතිකයේ ඡායා පිටපතක්
   (දරුවා - වයස අවුරුදු 21 ට අඩු අවිවාහක රැකියාවක් නොකරන්නෙකු විය යුතුයි)

   රක්ෂිතයා අවිවාහක නම්
   . රක්ෂිතයාගේ මව, පියා සඳහා (මව / පියා - වයස අවුරුදු 70 ට අඩු විය යුතුය)
   * රක්ෂිතයාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ ඡායා පිටපතක්
   * මවගේ / පියාගේ උප්පැන්න සහතිකයේ හෝ ජාතික හැඳුනුම්පත් ඡායා පිටපතක්
   * අවිවාහක බව දැන්වීමට ආයතන ප්‍රධානියාගේ ලිපියක්

5. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන කාරණය සඳහා වෙනත් ආයතනයකින් රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ලබා ඇති විට, එම ආයතනයෙන් ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන්නේ නම් එම ආයතනයේ ගෙවීම කළ බව සඳහන් ලිපියක් සමග සහතික කරන ලද සියලුම බිල්පත් වල / කුවිතාන්සිවල ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ

6. නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කළ අයදුම්පත සමග පහත ලිපි ලේඛණ ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ.

   අ. රෝහල්ගතවීමකදී හෝ සැත්කමකදී / හෘද සැත්කමකදී / පිළිකා රෝග ආදිය සඳහා
   රෝග විනිශ්චය කාඩ්පතේ (Diagnosis Card) මුල් පිටපත හෝ සහතික කළ පිටපතක
   * (නම, රෝහලට ඇතුළුවූ හා පිටවූ දින, ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි)
   පෞද්ගලික රෝහලක නම් තැන්පතු ලදුපත් (Deposit Receipts) මුදල් ගෙවූ ලදුපත් (Receipt) විස්තරාත්මක බිල
   * (Final Bill) මුල් පිටපත්
   නම දිනය වෙනස් කල මුල් පිටපත් හෝ ඡායා පිටපත් සඳහා ගෙවීම් කරනු නොලැබේ

   පෞද්ගලික රෝහල්වලින් ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමේදී සෑම වියදමක්ම විස්තරාත්මකව බිල්පත් වෙන වෙන දක්වා තිබිය යුතුය.
   * වෛද්‍යවරයාගේ වියදම් දැක්වීමේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා හා අනෙකුත් වෛද්‍යවරුන්ට කල වියදම් වෙන වෙනම දැක්විය යුතුයි.

   6.2 දරු ප්‍රසූතියකදී (අවස්ථා) දෙකකදී පමණක් ගෙවනු ලැබේ)
   රජයේ රෝහලක රෝග නිශ්චය කාඩ්පත ලබා නොදෙන්නේ නම් උපත් විස්තර පත්‍රිකාව හෝ ගර්භනී සටහන් වාර්තාවේ සහතික
   * කළ පිටපතක් (රෝහලට ඇතුලත් කල දිනය හා පිටවූ දිනය සඳහන් විය යුතුයි)

   6.3 ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා (මුල් පිටපත් ලබා දිය යුතුයි)
   * පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයෙකු ඇස් පරීක්ෂා කළේ නම් වෛද්‍යවරයාගේ වට්ටෝරුව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුය)
   * රජයේ රෝහලක ඇස් පරීක්ෂා කළේ නම් වට්ටෝරුව (වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි)
   * කණ්ණාඩි සඳහා මුදල් ගෙවූ ලදුපතේ ගෙවන ලදී (Paid) ලෙස සඳහන් කර ආයතනයේ නිල මුද්‍රාව තිබිය යුතුයි. (අවුරුදු 03 කට වරක් රක්ෂිතයාට පමණක් ගෙවනු ලැබේ.

නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරණ ලද හිමිකම් අයදුම්පත සමග අවශ්‍ය ලිපිලේඛන එක වර නිවැරදිව ඉදිරිපත් කිරීමෙන් කඩිනම් අග්‍රහාර රක්ෂණ ප්‍රතිලාභ ප්‍රති පූර්ණ කිරීම යටතේ ප්‍රමාදයකින් තොරව ප්‍රතිලාභ ලබාගත හැකි බව සලකන්න.