

බස්නාහිර පළාතේ සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ක්ෂයරෝගාධාර යෝජනා ක්‍රමය
T.B. ASSISTANCE SCHFME

ක්ෂයරෝගාධාර (මූලික) ඉල්ලීම පිළිබඳ ප්‍රාරම්භ වාර්තාව
INITIAL REPORT ON APPLICATION FOR T. B. ASSISTANCE (BASIC)

දිස්ත්‍රික්කය } _____ ස.සේ. අධ්‍යක්ෂ තැනගේ යොමුව } _____
District } Dr. S. S. Ref }

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය } _____ වර්ග කිරීම } _____
D.R.O.'s Division } Classification }

ග්‍රාමසේවක කොට්ඨාශය } _____ නේවාසික රෝගියා/බාහිර රෝගියා } _____
Gramasewaka Division } In-patient / out-patient }

1. රෝගියාගේ නම (පෙළපත් නම) } _____
Name of patient (Surname) }
අනිකුත් නම } _____
Other Name }

2. පදිංචි ස්ථානය විස්තර වශයෙන් } _____
Home Address Full }

3. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය } * පුරුෂයා/ස්ත්‍රී } Sex } * Male/Female }	4. වයස (අ) ඉල්ලුම්කරු කී අන්දමට } Age (a) State by Applicant } (ආ) පෙනීම අනුව } (a) By appearance }
--	--

5. විවාහක/අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින } _____
Married/Single/Widowed/Separated }

6. උපන් ස්ථානය } _____
Place of Birth }

7. යැපෙන්නවුන් කැටුව වෙසෙන ස්වාමිපුරුෂයාගේ/භාය්‍යාවගේ හෝ භාරකාරයාගේ හෝ නම සහ සම්පූර්ණ ලිපිනය
(දෙවෙනි කොටුවේ සඳහන් ලිපිනයට වෙනස් නම්) Name & Full postal address of spouse or guarding with whom dependants
are residing (if address is not the same as cage 2) _____

8. පදිංචිව සිටින්නේ තමාගේම ගෙයකද? තොරසේව ගෙවල් කුලී ගෙවන්නේ නම් කොපමණද? } _____
State whether residing in own house or state amount of rent paid, if any }

යැපෙන්නන් පිළිබඳ විස්තර
Particulars of Dependants

(අ) යැපෙන්නාගේ නම (a) Name of Dependant	තැකම Relationship	ස්ත්‍රී/ පුරුෂ භාවය Sex	වයස Age	ඉල්ලුම්කරු/ස්වාමිපුරුෂයා භාය්‍යාව සමග වෙසේද යන වග Whethe residing with appl./ Spouse	විශේෂ කරුණු Remarks

සැ.යු. මෙම ආකෘති පත්‍රය සම්පූර්ණ කරන විට වාර්තා කරන නිලධාරීන් විසින් අංක 207 දරණ චක්‍රලේඛයේ සඳහන් උපදෙස්
සැලකිල්ලෙන් පිළිපැදිය යුතුය.

N.B. Reporting Officers must carefully follow the directions contained in Circular No 207 in regard to perfecting of this form

- (අ) ඉල්ලුම්කරු ඉහත දැක්වෙන අයවලුන්ගේ පවුලේ ප්‍රධානියා ද? } _____
 (b) In applicant the head of the family in relation to the above?
 (ඇ) එක් එක් වැඩිහිටි යැපෙන්නා සම්බන්ධයෙන් යැපීම පිළිබඳ කොන්දේසිය සම්පූර්ණද? (II කොටසේ III වෙනි කොන්දේසිය අනුව) } _____
 (c) Are conditions of dependancy satisfied in respect of each adult dependant-vide (Part II Rule III)

- (10) ආධාරකරුවන් පිළිබඳ විස්තර-රැකියාව, ලබන ආදායම හා රෝගියාට හෝ ඔහුගේ පවුලට ලැබෙන නිත්‍ය ආධාර ප්‍රමාණය කිසිම ආධාරයක් නොලැබෙන්නේ නම් ඊට හේතු 12 වෙනි ඡේදයේ සඳහන් කළ යුතුයි.

Occupation, income & c., and amount of regular contribution given, and if no help is given. The reason should be included under Section 12 :

(අ) ආධාරකරුවන්ගේ සහ ආධාර කළ හැකි තැන්පත්වීම්	තැදැකීම	විවාහකද අවිවාහකද යන වග	ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය	වයස	ඉල්ලුම්කරු/ස්වාමී පුරුෂයා/භාග්‍යාව සමග වෙසෙද යන වග	රක්ෂාව හා මාසික ආදායම
(a) Name of Supporters & Relations Capable of supporting	Relationship	Married or Single	Sex	Age	Whether residing with appl./ Spouse	Occupation and Monthly Income

- (11) ඉල්ලුම්කරුට හා යැපෙන්නන්ට ඇති වත්කම්, දේපල, තැන්පත් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර
Particulars of Assts, Property, Savings, & c., woned by applicant and dependants

නම Name	දේපල තැන්පත් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර Particulars and extent of property, savings, & c.	වටිනාකම Value		විශේෂ කරුණු Remarks
		රු. Rs.	ශත C.	

- (12) ඉල්ලුම්කරුගේ සහ යැපෙන්නන්ගේ සියළු ආදායම් පිළිබඳ විස්තර
Particulars of all income available to applicant and dependants

නම Name	ආදායම් මාර්ග කුමන පිළිවෙලේ ඒවාද යන වග Nature, Description of source of income	මාසික ආදායම් ප්‍රමාණය Monthly amount රු.	
------------	--	--	--

- 13 (අ) මෑතකදී කළ රක්ෂාව } _____
 (a) Recent employment
 (ආ) අන්තිමට සේවය කරනු ලැබූ ස්වාමියාගේ නම සහ ලිපිනය } _____
 (b) Name and address of last employer

- (ඇ) දැනට රක්ෂාව කරන්නේද? ලැබෙන ආදායම පඩි සහිත නිවාඩු ආදිය } _____
 (a) Whether working at present? Income, paid - leave, & c., being received

වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර
Medical Treatment

14. (අ) දැනට ප්‍රතිකාර ගන්නා ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ විකිත්සාගාරයේ නම සහ ලිපිනය
(a) Name and address of Hospital or Clinic where treatment is being taken

- (ආ) ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද? බාහිර රෝගියා/නේවාසික රෝගියා
(b) How treatment is taken Out patient/ In patient

පරීක්ෂණ පත්‍රිකාවේ අංකය හා දිනය
Date and number of Check Tocket

ඇතුළත් වීමේ/පිටවීමේ යාමේ දිනය
Date of Admission / Date of Discharge

වාට්ටු අංකය
Ward No.

- (ඇ) ප්‍රතිකාර නොලබන්නේ නම්
(c) If not taking treatment

- (1) ඉතාම නුදුරින් පිහිටි පෙනහැලි විකිත්සාගාරයේ, පෙනහැලි ආරෝග්‍යශාලාවේ, දිස්ත්‍රික් ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ පළාත් බදු ආරෝග්‍යශාලාවේ නම සහ ලිපිනය හා ගෙදර සිට ඇති දුර Name and address of nearest Govt. Che's clinic, Chest Hospital and District or provincial Hospital and Distance from Home:

- (2) පරීක්ෂණ සහ ප්‍රතිකාර ලැබීම සඳහා යාමට ඉල්ලුම්කරු ශාරීරික වශයෙන් සුදුසු තත්ත්වයක සිටිද යන වග
Whether applicant physically fit to proceed for examination and treatment :

15. ඉල්ලුම්කරුට / ඉල්ලුම්කාරියට හෝ ඔහුගෙන් / ඇයගෙන් යැපෙන්නන් කිසිවෙකු කලින් ක්ෂයරෝගාධාර / අතිරේක ක්ෂය රෝගාධාර ඉල්ලා තිබේද? එසේ නම්, ඉල්ලුම් කළ අයගේ නම සහ ඉල්ලුම් කළ දිනය සඳහන් කරන්න. Has applicant or any of his/her dependants applied previously for T.B. Assistance/ Supplements? If so, give names of applicant and Date of Application

16. ඉල්ලුම්කරුට / ඉල්ලුම්කාරියට හෝ ඔහුගෙන් / ඇයගෙන් යැපෙන්නන්ගෙන් කිසිවෙකු ආදායම් නිලධාරියාගෙන් හෝ නාගරික සභාවකින් මහජන ආධාර නොහොත් සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂ තැනගෙන් ක්ෂයරෝගාධාර ලැබේද? එසේ නම් විස්තර පහත සඳහන් කරන්න. Is applicant or any of his/ her dependants in receipt of Public Assistance from a Revenue Officer or Municipal Council T.B. Assistance from Director of Social Services? If so, give particulars below

ලබන්නාගේ නම Name of Recipient	මාසික මුදල Monthly Amount	දෙනු ලබන්නේ කා විසින්ද By whom granted	සහතිකයේ අංකය Certificate No.	ගෙවන කායාර්‍යාලය Paying Office

17. (අ) නිර්දේශ කළ ගෙවීම් ලබන්නාගේ සම්පූර්ණ නම
(a) Full Name of payee recommended

(ආ) සම්පූර්ණ ලිපිනය

(b) Posted address in full

(ඇ) ඉල්ලුම්කරුට ඇති තැකම

(c) Relationship to Applicant

(ඈ) ගෙවන කායාර්‍යාලය/කච්චේරිය/තැපැල් කන්තෝරුව (ඒ හෝ බී ශ්‍රේණිය)

(d) paying office/ Kachcheri / Post Office (A Or B Grade)

18. වන මා විසින් සපයන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදිවූත් සත්‍යවූත් තොරතුරු බවට මෙයින් සහතික කරමි.

I..... hereby declare that the above information supplied by me is true and correct.

දිනය }
Date }

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන / වම් මාපටුඟිලි සලකුණ
Signature or Thumb Impression of Applicant

19. ස.සේ.නි. / ප්‍රා.ලේ. දක්වන කරුණු
Remarks of S.S.O./D.S.

ඉල්ලුම්කරු* / ස්වාමිපුරුෂයා* / භාය්‍යාව හෝ භාරකරු පෞද්ගලිකව හමුවූ බව සහතික කරන අතර, යට දක්වුණු කරුණු අනුව මෙය හදිසි* /හදිසි නොවන ඉල්ලීමක් බව මා අදහසය.

I certify that I have personally seen the applicant *spouse or guardian and recommend * / do not recommend the application for the reasons stated above. In my opinion, the application is urgent* /not urgent.

දිනය }
Date }

.....
ස.සේ./ නි.ගේ / අත්සන
Signature of S.S.O./

රෝගියා විසින් සපයා ඇති තොරතුරුවල සත්‍යාසත්‍ය තත්ත්වය ගැනද යැපෙන්නන්, රෝගියා ලබන ආදායම, නිර්දේශ කරන ලද ප්‍රමාණය යන රකුණු ගැන ද ඔබගේ අදහස් හා වෙනත් කිවයුතු අදාල කරුණු ඇතොත් ඒවා ද ඉහතින් ඇති හිස් තීරයේ සඳහන් කරන්න.

Please state in the space provided above your own observations on the correctness or otherwise of the information furnished by the patient and also regarding dependants, income available, amount of assistance recommended and any other relevant remarks

අනවශ්‍ය වුවන කපා හරින්න
* Cross out if inapplicable

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අදහස් :
D.S.'s comments:

ප්‍රා.ලේ. කාර්යාලීය යොමුව

දිනය
Date

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්/D.S

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා
For Office Use only