

අර්ගියාගේ අරුවන්ගේ තොරතුරු			
අඩු.5ට අඩු	සාසලේ යන	රැකියා කරන	වෙනත්

3.

1. වතුගඩු රෝගය ඇති වූ කාලයෙන් පසු රුධිරය පිරිසහදා කිරීම ආරම්භ කළ කාලය

වර්ෂය	මාසය	දිනය

2. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල

3. ඉල්ලුම්කරුට ලැබී ඇති ආධාර සහ දැනට ලැබෙන ආධාර (රාජ්‍ය හා රාජ්‍ය නොවන සංවිධානවලින් ලැබෙන මුදලින් හා ද්‍රව්‍යවලින්)

1. මූල්‍ය ආධාර (රුපියල්) :

2. ආබාධිත ජීවනාධාර :

3. ද්‍රව්‍යමය ආධාර :

මම වතුගඩු 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 හඳුනා බවත් ඔහුගේ /ඇයගේ මාසික ආදායම රු.3000/-කට අඩු බවත් වතුගඩු 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 ආදායම්ලාභීය, මෙම වතුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

නම :

දිනය :

අත්සන
(ස.සේ.නි. නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ නිර්දේශය

මෙම වතුගඩු රෝගාධාර මුදල ඔහුට/ ඇයට ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.

දිනය

අත්සන
(ප්‍රා.ලේකම් නිල මුද්‍රාව)

**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 වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වකුගඩු රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අවිනිශ්චිත සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව 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.....ofis 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.

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)