



ශ්‍රී ලංකා ඉන්ශුරාන්තය

PE/SH/FO/SE/01

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

අනු අංකය :-

ඔප්පු අංකය : අන්තිම වාර මුදල ගෙවූ දිනය :

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

2. රැකියාව :

සම්පූර්ණයෙන් විස්තර කරන්න

3. ලිපිනය :

යැපෙන්නන්ගේ (හිමිකම් ඉල්ලන්නේ කවරකු සඳහාද ඒ අයගේ) :-

1. නම (සම්පූර්ණයෙන්) : වයස :

2. ඥාති සම්බන්ධය :

තුවාල - කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න :-

1. හදිසි අනතුර සිදු වූ දිනය හා ස්ථානය :

2. හදිසි අනතුර සිදු වූ ආකාරය (නිවැරදිව) :

3. තුවාල වල ස්වභාවය හා ප්‍රමාණය :

රෝගය - කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න:-

1. රෝගයේ ස්වභාවය හෝ විස්තරය :

2. රෝගය පටන් ගත් දිනය :

අබලතා කාලය :- (අ) තුවාලවල/රෝගයේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ඔබගේ සාමාන්‍ය කටයුතුවල යෙදීමට නොහැකි වූයේ

..... සිට

දක්වා

(ආ) තුවාලවල/රෝගයේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් නිවසටම සීමා වී සිටියේ

සිට

..... දක්වා

සාමාන්‍ය තොරතුරු :-

1. මේ තුවාල හෝ රෝගය සඳහා ඔබට ප්‍රතිකාර කරන හෝ කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම හා ලිපිනය සඳහන් කරන්න.

2. ඔහු ඔබගේ සුපුරුදු වෛද්‍යවරයාද?

3. ඔහු හෝ වෙනත් වෛද්‍යවරයෙකු ඔබගේ කිසියම් තුවාලයකට / රෝගයකට ප්‍රතිකාර කළේද? එසේ නම් විස්තර සපයන්න :

4. ඔබට මීට පෙර කවර කලකදී හෝ මේ රෝගය වැළඳී තිබුණේද? එසේ නම්, විස්තර සපයන්න :-

5. 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 සමිතියක / අරමුදලක් කෙරෙහි හිමිකම් ඉල්ලීමක් පැන නැගුනා වූ හදිසි අනතුරු තුවාල වලින් හෝ රෝගයකින් කලින් ඔබ පෙළුණේද? එසේ නම් විස්තර සපයන්න:

7. ඔබට සිදුවූ කිසියම් තුවාලයක් හෝ රෝගයක් සම්බන්ධයෙන් කිසියම් වෙනත් රක්ෂකයකු සම්භවයක් 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) රෝහලකින් නම්, එහි නම :
 (ඈ) ඔබ ගනු ලබන / ගෙන ඇති ප්‍රතිකාර නිර්දේශ කළේ උපදේශක විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් නම් ඔවුන් ගේ නම් හා අදාළ ප්‍රතිකාර ලබාගත් වෙනත් විශේෂඥ සේවා පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න.

9. කරුණාකර පහත ලියවිලි ඉදිරිපත් කරන්න.
1. සියලුම ලද පත්වල මුල්පිටපත්
 2. විස්තරාත්මක බිල්පත්වල මුල් පිටපත්
 3. රෝග නිශ්චය 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 මවිසින් දරන ලද වියදම් ඉහත සඳහන් ඔප්පුව යටතේ ප්‍රතිපූර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා සිටිමි. ඉහත දැක්වෙන ප්‍රකාශ හා කරුණු සත්‍ය බවද, මේ හිමිකම් ඉල්ලීමට සම්බන්ධ කිසිම වැදගත් තොරතුරක් මවිසින් නොසලකා හැරීමට බවද සහතික කරන අතර, ඉහත හිමිකම් සම්බන්ධව අදාළ වෙනත් පාර්ශවයන් ගෙන් ඔබට අවශ්‍ය විටක කරන කරුණු විමසීමකදී මාගේ විරුද්ධත්වයක් නෙමැති බවටද මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය : අත්සන :

රෝගියාගේ සාමාන්‍ය වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් පිරවිය යුතුයි.

- (අ) රෝගියාගේ නම (සම්පූර්ණයෙන්) :
- (ආ) පරීක්ෂණය හෝ ප්‍රතිකාරය අවශ්‍ය වූ අවස්ථාවේ රෝගියාගේ තත්ත්වය :
- (ඇ) ඔබ වෙත රෝගියා එවූ සාමාන්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම :
- (ඈ) රෝග නිශ්චය :
- (ඉ) ප්‍රතිකාර හෝ සැත්කම පිළිබඳව විස්තර හා පසුව ඇතිවිය හැකි තත්වය :
- (ඊ) තුවාල හෝ ආබාධයේ ඉතිහාසය ලුහුඬින් සටහන් කරන්න :
- (එ) සුපුරුදු කටයුතුවල නිරත වීමට නොහැකිවූ හා / හෝ නිවසටම සීමාවී සිටි කාලය :
- (ඒ) ඔබගේ අදහසේ හැටියට ආබාධය පටන්ගන්නට හෝ හට ගන්නට ඇත්තේ කවර කලකද ?

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ සාමාන්‍ය වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා මා බවද, මේ හිමිකම් ඉල්ලීම පිළිබඳව සේවා මා අනුමත කළ බවද සහතික කරමි.

දිනය : වෛද්‍යවරයාගේ / ශල්‍ය / විශේෂඥ / වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන

වෛද්‍යවරයාගේ / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම :

සුදුසුකම් :

ලිපිනය :

දුරකතන අංකය :

සියලුම වර්ගයේ සැත්කම් සම්බන්ධයෙන් ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් පිරවීම සඳහායි.