

**බස්නාහිර පළාත් සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව  
Department of Social Services - Western Province**

**රෝගාධාර ඉල්ලීම පිළිබඳ වාර්තාව  
Report of Application for Disease Assistance**

(ක්ෂය/ලාදුරු/පිළිකා/තැලිසීමියා රෝග වලට ගොදුරු වූ අඩු ආදායම්ලාභී රෝගීන් සඳහා පමණි.)  
(Only for the law income patients with T.B/Leprosy/Cancer/Thalisimia)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය : .....  
D.S. Division

**1. ඉල්ලීම Request**

1.1 ඉල්ලනු ලබන රෝගාධාරය Assistance Request  
 ක්ෂය  ලාදුරු  පිළිකා  තැලිසීමියා   
 T.B.  Leprosy  Cancer  Thalissimia   
 (අදාළ වෛද්‍ය වාර්තා ඇමිණිය යුතුය.)

1.2 ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම : .....  
Name of Applicant (In Full) .....

1.3 ලිපිනය : .....  
Postal Address

1.4 ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය : .....  
Gender

1.5 උපන් දිනය : .....  
Date of Birth

1.6 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : .....  
NIC Number

1.7 දුරකථන අංකය : .....  
Telephone Number

1.8 විවාහක/අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින බව : .....  
Married/Single/Widowed/Separated

1.9 ඉල්ලුම්කරු හා එකට වෙසෙන පවුලේ සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර :  
Particulars of family members who are residing with the Applicant

නම Name	නැකම Relationship	ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය Sex	වයස Age	රැකියාව/ඉගෙනුම ලබන ශ්‍රේණිය Occupation/Grade in School

1.10 මාසික ආදායම : .....  
Monthly Income

1.11 ඉල්ලුම්කරු මහජනාධාර හෝ සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද? එසේනම් විස්තර සඳහන් කරන්න.  
Is applicant in receipt of Public Assistance or Samurdhi, if so give particulars below.

	කාඩ්පත් අංකය (Card Number)	මුදල (Amount) රු. (Rs.)
මහජනාධාර (Public Assistance)		
සමෘද්ධි ආධාර (Samurdhi Assistance)		

