හදවත් සැත්කම් සඳහා සහයවීමේ වැඩපිළිවෙල යටතේ ඇති අයදුම්පත සමඟ යොමු කළයුතු ලියවිලි.

01. සැත්කමට අදාලව වෛද්‍යවරයා විසින් නිකුත් කල ලිපිය සහ වාර්තා

02. පිටරටකදී සැත්කම සිදුකරන්නේ නම් ලංකාවේ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් සැත්කමට අදාලව ලබා ගත් ලිපිය

03. සැත්කම සිදුකරන රෝහලෙන් මණ්ඩලීය සභාපතිතුමා වෙත යොමුකරන ලද ලිපිය (ඇස්තමේන්තු කරන ලද වියදම්)

04. හැඳුනුම්පතෙහි සහතික කළ ඡායාපිටපතක් (සේවායෝජක විසින් සහතික කළයුතුය)

05. එන්ජියෝග්‍රෑම් / එකෝ වාර්තාවෙහි සහ අදාල රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුවෙහි සේවායෝජක විසින් සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක්

06. සේවායෝජක මගින් යම් මුදලක් ගෙවන්නේ නම් ඒ සම්බන්ධව සේවායෝජක විසින් නිකුත් කළ ලිපිය

07. ජනාධිපති අරමුදලින් ඉල්ලුම් කරන්නේ නම් එය සනාථ කරන ලිපිය

08. වෙනත් සංවිධානයකින් යම් මුදලක් ගෙවන්නේ නම් ඒ සම්බන්ධ ලිපියක්

09. සැත්කම සිදුකිරීමෙන් පසුව අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන්නේ නම්, සැත්කමට අදාලව රෝහලින් ලබා දෙන අවසාන විස්තරාත්මක බිල්පත සහ ගෙවීම් වලට අදාල සියළුම ලදුපත් (මුදල් කුවිතාන්සි) වල මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

10. සැත්කමට අදාල රෝග නිශ්චය තුන්ඩුවේ සේවායෝජක විසින් සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක්

11. ජනාධිපති අරමුදලෙන් මුල්‍යාධාර ලබා ගන්නා අවස්ථාවකදී පමණක් එම ආයතනයෙන් සහතික කරන ලද බිල්පත්හි ඡායා පිටපත් භාරගනු ලබන අතර අනෙකුත් සෑම අවස්ථාවකදීම බිල්පත් වල මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

    සේවායෝජක හෝ වෙනත් ආයතනයක් මගින් බිල්පතින් කොටසක් ගෙවා ඇති අවස්ථාවකදී, එම ගෙවීමට අදාලව එම ආයතනයෙන් ලබාගත් ලිපියක් සහ අයදුම්කරු විසින් රෝහල වෙත ගෙවා ඇති ගෙවීම් වලට අදාල වූ මුදල් කුවිතාන්සි වල මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

සැළකිය යුතුයි :-

1). නවලෝක රෝහල , ඩර්ඩන්ස් රෝහල , ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර මහරෝහල , ඇපලෝ රෝහල , කොළඹ ඔක්සිස් රෝහල , ආසිරි රෝහල, ජාතික රෝහල , කරාපිටිය මහරෝහල , මහනුවර ශික්ෂණ රෝහල මගින් සිදුකරන ලද හදවත් සැත්කම් සඳහා වන අයදුම්පත් පමණක් භාරගනු ඇත.

02). රජයේ රෝහලක සැත්කමක සිදුකර ඇත්නම් සැත්කමට අදාලව මිළදී ගන්නා ලද උපකරණ සඳහා පමණක් ගෙවීම් සිදු කෙරේ.

03). හදවත් සැත්කම සිදුකළ අවස්ථාවන්හිදී මාස 02 ක් තුළ අයදුම්පත මෙම කාර්යාලයට ඉදිරිපත් කළයුතුයි.

04). සැත්කම සිදුකරන අවස්ථාව වන විට අයදුම්කරු මෙම අරමුදලේ සක්‍රීය සාමාජිකයෙකු වියයුතු අතර , සැත්කම සිදුකරන මාසයට පෙර ආසන්න මාස 12 ක කාලයකට හෝ අයදුම්කරු වෙනුවෙන් සේවායෝජක විසින් දායක මුදල් ගෙවා තිබිය යුතුයි.

05). සාමාජිකයා වයස අවුරුදු 70 නොඉක්මවිය යුතුය. (වයස අවුරුදු 70 ඉක්ම වූ සාමාජිකයෙකු ප්‍රතිලාභ ලබාගැනීමට නම් ඔහු/ඇය අවම වශයෙන් අවුරුදු 25 ක සක්‍රීය සාමාජිකත්වයකට හිමිකම් ලබා තිබිය යුතු වන අතර එම අවුරුදු 25 ක කාලය තුළ ඔහු/ඇය විසින් කිසිදු දායක මුදලක් ආපසු ලබා නොගෙන තිබිය යුතුය)

06.) මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සම්බන්ධයෙන් මණ්ඩලය විසින් ගනු ලබන තීරණය අවසාන තීරණය වනු ඇත.

නිවැරදිව සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත් අදාල ලියවිලි සමග රෝහලෙන් පිටවී දින 60 ක් ඇතුළත පහත සදහන් ලිපිනයට යොමුකළ යුතුය.

කළමණාකරු (ප්‍රතිලාභ පරිපාලන)
සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
පළමු මහල
කම්කරු මහලේකම් කාර්යාලය
කොළඹ 05

දුරකථන අංකය :- 011-2581704
ෆැක්ස් :- 011-2368037

ඊටීඑෆ් /බීඑස්/2

සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් මණ්ඩලය
හදවත් සැත්කම් සඳහා සහාය වීමේ වැඩපිළිවෙල
අයදුම්පත්‍රය

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

1 කොටස (සාමාජිකයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි)

01 i. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමඟ) :-...
....

ii. මුලකුරු වලින් හැඳින්වෙන නම :-...
....

02 ලිපිනය :-...
....

03 i. වයස :-.................................... ii. උපන් දිනය :-......................................

04. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-...

05. ඔබ සේවය කරන ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය :- ....
....

06. i. සේවායෝජකගේ සේ.අ.අ. /පු.අ.අංකය :-...

ii. සාමාජික අංකය :- ....

07. සේවය ආරම්භ කළ දිනය :- ....

08. රැකියාවේ ස්වභාවය :- ....

09. බැංකු ගිණුම් පිලිබඳ තොරතුරු :-

i. බැංකුවේ නම :-...

ii. බැංකු ශාඛාව :-...

iii. ගිණුම් අංකය :-...

10. හදවත් රෝගය පිළිබඳ විස්තර :- (වෛද්‍ය වාර්තා අමුණන්න.) ....

11. සැත්කම සිදුකිරීමට බලාපොරොත්තු වන රෝහල :- ....

12. සැත්කම සිදුකිරීමට බලාපොරොත්තු වන දිනය :- ....

13. සැත්කම සඳහා වැයවන / වැයවූ මුදල :- රු..

14. ඉහත අංක 13 යටතේ වැයවන / වැයවූ මුදලින් කොටසක් ඔබ සේවය කරන ආයතනය මගින් හෝ වෙනත් ආයතනයක් / සංවිධානයක් මගින් දරන්නේද :-...............................
....

15. එම ආයතනයේ / සංවිධානයේ නම :-
01. ....
02. ....
03. ....
04. ....

සහ දරණු ලබන මුදල :-
01. රු..
02. රු..
03. රු..
04. රු..

16. මීට පෙර හදවත් සැත්කමක් / වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් වෙනුවෙන් ආධාර මුදල් මෙම අරමුදලින් ලබාගෙන ඇද්ද ? ....
ලබාගෙන ඇති ආධාර මුදල් ප්‍රමාණය රු...

මා හට වැළඳී ඇති හදවත් රෝගය වෙනුවෙන් ඔබ ආයතනය මගින් ලබාදෙන ප්‍රතිලාභ මුදල් මා වෙත ලබා දෙන ලෙස කරුණාවෙන් ඉල්ලා සිටිමි.

ඉහතින් දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි අසත්‍ය තොරතුරු සැපයුවහොත් මට විරුද්ධව උසාවියක නඩු පවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි.

මහපටැඟිලි සළකුණු :-

වම   දකුණ

....
සාමාජිකයාගේ අත්සන.

දිනය :- ....
දුරකථන අංකය :- ....

2 වන කොටස (සේවායෝජක විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි)

i. .... හි පිහිටි
(ලිපිනය)
.... හි කළමණාකරු / පාලක
(ආයතනයේ නම)
/අයිතිකරු .... වන මම සේ.අ.අ.
/ පු.අ.අ. අංක .... සහ ජා. හැ. අංකය
.... දරණ .... නැමැත්තා
(සාමාජිකයාගේ නම)
.... දින සිට මේ දක්වා මෙම ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටින බව මෙයින් සහතික කරමි.

ii. තවද , අප විසින් ඔහු / ඇය වෙනුවෙන් සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් අඛණ්ඩව ඔබ වෙත එවා ඇති බවත් , තවදුරටත් ඔහු / ඇය අප ආයතනයේ සේවා නියුක්තව සිටින බවත් සහතික කරන අතර , සැත්කම සිදුකිරීමට නියමිත / සිදු කරන ලද මාසයට පෙර මාස හය (6) සඳහා ඔහු / ඇය වෙනුවෙන් තැන්පත් කරන ලද දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තර පහත දක්වා ඇත.

මාසය						
දායක මුදල						

iii. මෙයට අමතරව අප විසින් සියළුම සේවකයින් වෙනුවෙන් ඉහත මාස හය (6) සඳහා ගෙවන ලද සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදලේ දායක මුදල් පිළිබඳ විස්තරයක් පහත දක්වා ඇත.

මාසය	මාසය සඳහා ගෙවනලද සම්පූර්ණ මුදල	ගෙවීම් කරන ලද්දේ සේ.නි.භා. අරමුදල / බැංකු ශාඛාව	ගෙවන ලද දිනය	චෙක්පත් අංකය

iV. ඉහත කාලසීමාවට අදාල දායක මුදල් ගෙවන ලද්දේ ආකෘති ආර් 1 මගින්ද / ආර් 4 මගින්ද :- ....

V. ආකෘති ආර් 1 මගින් මුදල් ගෙවන්නේ නම් එම කාලසීමාවට අදාලව ආකෘති (11) වාර්තා ,

(අ) දැනටමත් ඔබ ආයතනය වෙත එවා ඇති අතර , එම වාර්තාවේ ඔහුගේ / ඇයගේ නම ඇතුළත් වී ඇති බවත් ,

(ආ) ඉදිරියේ දී එවීමට නියමිත බවත් , එම වාර්තාවේ ඔහුගේ / ඇයගේ නම ඇතුළත් කරන බවත් , සහතික කරමි.

Vi අප ආයතනයේ සේවයේ නියුතු .... මහතා / මහත්මිය / මෙනවියගේ හදවත් සැත්කම වෙනුවෙන් රු.................................... ක මුදලක් අප ආයතනය මගින් ගෙවා ඇත. / ගෙවීමට එකඟව ඇත. / කිසිම ගෙවීමක් නොකරයි. (අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරන අතර , මෙහි යම් අසත්‍ය තොරතුරක් සැපයුවහොත් , සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල් පනතේ 39 වන වගන්තිය යටතේ මට විරුද්ධව උසාවියක නඩුපවරනු ලැබිය හැකි බව මම දනිමි.

දිනය :-...

....
සේවායෝජකගේ අත්සන

මුද්‍රාව :-

දුරකථන අංකය :-..................