

යෝජනා අංකය :

(සාර්වභූමික ප්‍රයෝජනය සඳහා)



කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්‍ෂණ මණ්ඩලය

27, වොක්ෂෝල් විදිය, කොළඹ - 02

1999 අංක 20 දරණ කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්‍ෂණ පනත යටතේ ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන

සුවසේන සෞඛ්‍ය රක්‍ෂණ මූලික

රක්‍ෂණ යෝජනාව හා සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශය

1. යෝජකයාගේ සම්පූර්ණ නම : මග/ මීග.

2. ලිපිනය :

3. පාලිත කැඳවුම්කරු අංකය : කිලි / පුරුෂ විවාහක / අවිවාහක බව

4. ඔබ කෘෂිකාර්මිකයෙකු වන්නේ කවර ආකාරයකින්ද?

5. උපන් දිනය : වර්ෂය මාසය දිනය
(මෙම රක්‍ෂණ ආවරණය ලැබීම සඳහා වයස අවු 55ට අඩු අයට පමණි.)

6. (කාන්තාවන් විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.) ඔබ දැනට ගැබ්ගෙන සිටින්නිද? (ඔව්/ නැත)

7. ඔබ ලබාගැනීමට අපේක්‍ෂා කරන්නේ ඕනෑම රක්‍ෂණ ආවරණයක්ද?

(රජයේ ආරෝග්‍යශාලා සඳහා පමණක් වූ ආවරණය)

රජයේ සහ පෞද්ගලික ආරෝග්‍යශාලා සඳහා වූ ආවරණය)

8. ඔබේ දරුවකු / දරුවන් මෙම යෝජනා මූලයේ දායකත්වය ලබන්නේ නම් පහත විස්තර සඳහන් කරන්න.
(මෙම රක්‍ෂණ ආවරණය ලැබීම සඳහා වයස අවු. 1-18 අතර දරුවන් සඳහා පමණි.)

නම	යෝජකයාට ඇති සම්බන්ධය (දුව/ පුතා සහ වග)	උපන්දිනය

9. ගෙවන ලද තැන්පත් මුදල : I. යෝජකයා වෙනුවෙන් රු.
II. දරුවා / දරුවන් වෙනුවෙන් රු.
මුළු මුදල රු.
ගෙවූ දිනය : කුලීයාත්ති අංකය :

10. ඔබ / ඔබේ දරුවා / දරුවන් තිරෝගිද? කැපකොත් සිසිලනී ගාට්ටිග ආබාධයකින්, රෝගී තත්වයකින් අංශ විකලතාවයකින් හෝ ජන්මගත රෝගයකින් පෙළෙන්නේද? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ පැහැදිලි විස්තර සඳහන් කරන්න.
.....
.....

11. පසුගිය පස් (05) වසර තුළ ඔබ/ ඔබේ දරුවා/ දරුවන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාගත්තේද? එසේ නම් රෝගයේ ස්වභාවය හා වෛද්‍යවරයාගේ / ආරෝග්‍යශාලාවේ නම/ නම හා දින වසවානු සඳහන් කරන්න.
.....
.....

