යෝජනා පත්‍ර අංකය .................................

| | |
|---|---|
| රජයේ රෝහල් | |
| රජයේ හා පෞද්ගලික | |

ආකෘති පත්‍ර අංකය – /MP/ 00001

# කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්ෂණ මණ්ඩලය

අංක 117, සුභද්‍රාරාම පාර, ගංගොඩවිල, නුගේගොඩ දුරකථන : 0115384000 - **Fax**-0112812573

**සුවසෙත සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ක්‍රමය - රක්ෂණ යෝජනාව හා සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශය**

**(මෙම යෝජනා පත්‍රයේ අසත්‍ය හා සාවද්‍ය තොරතුරු ප්‍රකාශ කර තිබීම රක්ෂණ ඔප්පුව අවලංගු කිරීමට හේතුවේ.)**

## A. පුද්ගලික තොරතුරු

1) යෝජකයාගේ සම්පූර්ණ නම : …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..මහතා/ මහත්මිය/ මෙනවිය යන වග)

2) ලිපිනය : ……………………………………………………………………………………………………

3) ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : ……………………………………………………………......................................

4) ඔබගේ ප්‍රධාන ජීවනෝපාය / වෘත්තිය - කෘෂිකර්මාන්තය ☐ අපනයන භෝග ☐

උද්‍යාන ☐ පශු සම්පත් ☐

ඖෂධ පැළ ☐ වන වගා ☐

ධීවර ☐ *වෙනත් ☐

*සඳහන් කරන්න.....................................................................................

5) උපන් දිනය :- වර්ෂය : ………….... මාසය : …………….. .. දිනය : ……………......

(මෙම රක්ෂණ ආවරණයට දායක විය හැක්කේ වයස අවුරුදු 60 ට අඩු අයට පමණි)

6) යෝජකයා කාන්තාවක් නම් පහත තොරතුරු සැපයිය යුතුය.

ඔබ විවාහකද ?............. අවිවාහකද ?..................... අවිවාහක මවක්ද? ...........................

ඔබ දැනට ගැබ් ගෙන සිටින්නීද ? (ඔව් / නැත)

**7)** ඔබ ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන්නේ කුමන ආවරණයක්ද ?

(a) යෝජනා 1 ☐ යෝජනා 2 ☐ යෝජනා 3 ☐ යෝජනා 4 ☐ යෝජනා 5 ☐ යෝජනා 6 ☐

(b) **අමතර ආවරණ** :-( සමූහ වෛද්‍ය රක්ෂණ ඔප්පු සඳහා පමණි)

i.රක්ෂිතයා සඳහා හදිසි අනතුරු ආවරණය

ii.රක්ෂිතයාට සිදුවන මරණයකදී අවමංගල්‍යාධාර වියදම්

iii.රක්ෂිතයා සඳහා අසාධ්‍ය රෝග ආවරණය

## B යැපෙන්නන් පිළිබඳ තොරතුරු

1) ඔබගේ කලත්‍රයා, දරුවෙකු / දරුවන් මෙම යෝජනා ක්‍රමයේ දායකත්වය ලබන්නේ නම් පහත විස්තර සඳහන් කරන්න. (මෙම රක්ෂණ ආවරණය ලැබිය හැක්කේ වයස අවු 1-18 අතර දරුවන් සඳහා පමණි)

| **නම** | **යෝජකයාට ඇති සම්බන්ධය** | **උපන් දිනය** |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

**C සෞඛ්‍ය තත්ත්වය පිළිබඳ තොරතුරු**

1. ඔබ/ ඔබේ දරුවා / දරුවන් / කලත්‍රයා නිරෝගිද? නැතහොත් කිසියම් ශාරීරික ආබාධයකින් රෝගී තත්ත්වයකින් අංග විකලතාවයකින් හෝ ජන්ම ගත රෝගයකින් පෙලෙන්නේද? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ පැහැදිලි විස්තර සඳහන් කරන්න. ......................................................................................

2. පසුගිය පස් (05) වසර තුල ඔබ/ඔබේ දරුවා/දරුවන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේද? එසේ නම් රෝගයේ ස්වභාවය හා වෛද්‍යවරයාගේ / ආරෝග්‍යශාලාවේ නම්/ නම හා දින වකවානු සඳහන් කරන්න ......................................................................................

3 ඔබ / ඔබේ දරුවා / දරුවන් / කලත්‍රයාට කිසියම් රෝගි අවස්ථාවක් හේතුවෙන් ප්‍රතිකාර ගැනීමට වෛද්‍ය උපදෙස් ලැබී තිබේද? සඳහන්කරන්න ......................................................................................

4 ඔබ/ ඔබේ දරුවා / දරුවන් / කලත්‍රයාට කිසියම් අක්ෂි දෝෂයකින් හෝ කන් ඇසීමේ දෝෂයකින් හෝ වෙනත් දුබලතාවයකින් පෙලෙන්නේද? සඳහන් කරන්න ......................................................................................

5 ඔබ/ ඔබේ දරුවා / දරුවන් / කලත්‍රයාට පසු ගිය පස් වසර ඇතුලත ශල්‍ය කර්මයකට භාජනය වීද? නැතහොත් ශල්‍ය කර්ම කරවා ගැනීමට උපදෙස් ලැබී තිබේද? සඳහන් කරන්න ......................................................................................

6 ඔබ/ඔබේ දරුවා/දරුවන් කලත්‍රයා රෝගාබාධ හෝ වෛද්‍ය වියදම් පිළිබඳ රක්ෂණ ඔප්පුවක් ලබා තිබේද? හිමිකම් ඉල්ලීමක් කර හෝ ලබා ගෙන තිබේද?එසේ නම් විස්තර සඳහන් කරන්න......................................................................................

7 ඔබ හෝ ඉහත සඳහන් යැපෙන්නන් කිසිවකු කිසිදාක කිසියම් පපුවේ රෝගයකින් පෙනහැල්ලේ ආබාධයකින් උමතුවෙන් රූමැටියා උණෙන් හෘදයේ හෝ මොළයේ රෝගයකින් අංසභාගයෙන්, ඇදුමෙන් කිසියම් ආකාරයක ආක්ෂේපයකින් දියවැඩියාවෙන් කෙලත් සමග ලේ යාමෙන් ඇපෙන්ඩිසයිටීස් වකුගඩු ආබාධ ආන්ත්‍රික රෝග නැවත නැවත වැළඳෙන රෝගී තත්වයන්ගෙන් පෙලෙන්නේද/පෙළුනේ ද එසේ නම් විස්තර සඳහන් කරන්න ......................................

**ප්‍රකාශය -** මා විසින් ඉහත සඳහන් කරන ලද ප්‍රශ්ශ නිවැරදි හා සත්‍ය බවත් අංක 7 යටතේ මා විසින් තොරා ගන්නා ලද 'යෝජනා ක්‍රමය' පිළිබඳව පැහැදිලි අවබෝධයක් ක්ෂේත්‍ර නිලධාරී තැනගෙන් ලබාගත් බවත් යෝජනාවට සම්බන්ධ වන අවස්ථාව වන විට මම හා මාගේ යැපෙන්නන් මනා ශරීර සෞඛයයෙන් පසුවූ අය බවත් ගිවිසුමට එළඹීමෙන් පසු කිසියම් හෝ අසත්‍ය කරුණක් හෙළිදරව් වුවහොත් ගිවිසුම අවලංගු වන බවත් සහ කිසිදු වන්දියක් හිමි නොවන බවත් පැහැදිලිවම අවබෝධ කර ගෙන එකඟ වෙමින් පහත අත්සන් කරමි / ඇඟිලි සලකුණ සටහන් කරමි.

වර්ෂ : ................. මස : ................... දිනදීය. : .........................................

-------------------------

අත්සන / ඇඟිලි සලකුණ

**නියෝජිතයාගේ සටහන** - ඉහත සඳහන් ප්‍රශ්න සියල්ල මා හොඳින් හඳුනන ඉහත නම සඳහන් මෙම යෝජනාවට අත්සන් තැබූ යෝජකයාට පැහැදිලි කර දුන් බවත් ඒ අනුව යෝජකයා විසින් දෙන ලද පිළිතුරු මාවිසින් එලෙසම සටහන් කරන ලද බවත් මෙයින් සත්‍ය ලෙස ප්‍රකාශ කරමි.

යොමුකල නිලධාරියාගේ නම : ................................ තනතුර : ......................... අත්සන ....................

**සැලකිය යුතුය :-**

මෙම යෝජනාවට මණ්ඩලය **විසින් බාර ගන්නා තෙක්** වගකීමක් ඇති නොවන්නේය. යොජනාව ප්‍රතික්ෂේප වුවහොත් තැන්පත් මුදල ආපසු ගෙවනු ලැබේ සමාන්‍ය මුද්‍රිත කාර්යාල පොරමය මගින් දෙනු ලබන ලදුපත් හැර වෙනත් කිසිදු ලදුපතකින 'කෙරෙන ගෙවීමකට මණ්ඩලයේ වගකීමක් ඇති නොවන්නේය. වයස අවු 18 ට වැඩි අය, සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශණ පෝරමයක් සම්පූර්ණ කල යුතුය. වයස අවුරුද්දක අසම්පූර්ණ ළදරුවන්ට රක්ෂණාවරයක් ලබා ගත නොහැකිය

......................................................................

සහකාර අධ්‍යක්ෂ අත්සන හා නිලමුද්‍රව

**කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා**

**මුදල් ගෙවීම** -ගෙවූ දිනය : ........................කුවිතාන්සි අංකය : .................... ගෙවන ලද තැන්පත් මුදල :.................................

නම ......................................................................... නියෝජිතයාගේ අංකය .......................................

දිනය ............................

**(1999 අංක 20 දරණ කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්ෂණ පනත යටතේ ක්‍රියාත්මකය)**