දීර්ඝකාලීන ඖෂධ ලබා ගැනීමට හෝ සායන වලට යෑමට -ඒමට ගමන් වියදම් සඳහා වෛද්‍ය ආධාර ලබාදීම

நீண்டகால பாவனையின் பொருட்டு மருந்துகளைக் கொள்வனவு செய்வதற்கு அல்லது சிகிச்சைகளுக்குச் சென்று வருவதற்குப் போக்குவரத்துக் கொடுப்பனவுகள் தொடர்பிலான உதவிகளை வழங்குதல்.

අයදුම්කරුවන්ගේ දැනගැනීම සඳහා

விண்ணப்பதாரர்கள் அறிந்து கொள்வதற்கு

- මෙම අයදුම්පත්‍රයේ 15.4 වගන්තියේ ඔබට අවශ්‍ය කාලයද 15.6 වගන්තියේ රජයේ රෝහලේ නොමැති ඖෂධ වර්ගද සටහන් කර ගන්න. ඒ අනුව වෙනම, දිනකට අවශ්‍ය ඖෂධ වට්ටෝරුවක් වෛද්‍යවරයාගේ සහතිකය සමඟ අවශ්‍ය වන බවද සලකන්න.

  இவ்விண்ணப்பப்படிவத்தின் **15.4** ஆம் பிரிவிலுள்ளவாறு தங்களுக்கு மருந்து தேவைப்படும் காலத்தையும், 15.6 ஆம் பிரிவில் குறிப்பிட்டுள்ளபடி அரச வைத்தியசாலையில் இல்லாத மருந்து வகைகளைக் குறிப்பிடவும். அதன்படி தினமொன்றுக்குத் தேவையான மருந்துப் பட்டியலொன்றை வைத்திய அதிகாரியின் நற்சான்றிதழுடன் முன்வைக்கவும்

- තවද එම ඖෂධ වට්ටෝරුව අනුව ඔබගේ පදිංචියට ආසන්නව ඇති රජයේ ''ඔසුසලින්'' ඖෂධ සඳහා මාසික ඇස්තමේන්තුවක් අනිවාර්යයෙන්ම ඉදිරිපත් කළ යුතුය .

  மேலும் **அம் மருந்துப் பட்டியலின் பிரகாரம்** தாங்கள் வசிக்கும் பிதேசத்தில் உள்ள அரச ஒசுசல விலிருந்து பெற்ற ஒரு மாதத்திற்கான மருந்துகளின் விலைப்பட்டியலின் மதிப்பீட்டறிக்கையினை கட்டாயமாக முன்வைத்தல் வேண்டும்

- එම ඖෂධ ''ඔසුසලේ'' නොමැති නම් ඒ බවට ලිපියක් සහ වෙනත් පෞද්ගලික ආයතන දෙකකින් අවශ්‍ය ඖෂධ සඳහා ඇස්තමේන්තු දෙකක් ද ඉදිරිපත් කරන්න. ඔබට අවශ්‍ය ඖෂධ සඳහා වෙන් කරදෙන ලද ''ඔසුසලින්'' වෙනත් ''ඔසුසලකට'' මාරු කිරීම සඳහා කරන ඉල්ලීම් සලකා නොබලන බව කරුණාවෙන් සලකන්න. ප්‍රදේශයේ රජයේ ඔසුසලක් නොමැති නම් ඒ බව සමාජ සේවා නිලධාරී විසින් වාර්තා කිරීම අවශ්‍ය වේ.

  இம்மருந்துகள் "ஒசுசல" வில் இல்லாதிருப்பின் அம்மருந்துகள் இல்லை என்பதைக் குறிப்பிடும் "ஒசுசல" இருந்து பெறப்பட்ட கடிதம் அத்துடன் தங்கள் மாவட்டத்தில் ஒசுசல இல்லையாயின் அதனை உறுதிப்படுத்தும் சமூகசேவை உத்தியோகத்தரின் கடிதம் மற்றும் ஏனைய பிரத்தியேக இரண்டு தனியார் மருந்தகங்களில் இருந்து பெறப்பட்ட தேவையான மருந்துகள் தொடர்பிலான விலைமனுக்கள் முன்வைக்கப்படுதல் வேண்டும். உதவியினை வழங்குதல் அங்கீகரிக்கப்பட்டதன் பின்னர் வேறு ஒசுசல க்கு அல்லது மருந்தகத்திற்கு மாற்றித்தரும்படி கோருதல் கவனத்திற் கொள்ளப்படமாட்டாது என்பதை கவனத்திற் கொள்ளவும்

- මාසික සායන වලට යෑමට - ඒමට මුදලක් අයදුම් කරන්නේ නම් රෝහලේ වෛද්‍යවරයා විසින් ඒ බව සහතික කළ යුතු අතර සමාජ සේවා නිලධාරිගේ නිර්දේශයද වරකට/මසකට අවශ්‍ය මුදල් ප්‍රමාණය ප්‍රාදේශීය ලේකම්තුමා ලවා සහතික කළ යුතු බවද සලකන්න .

  மாதாந்தம் - சிகிச்சைக்குப் போவதற்கு / வருவதற்கு நிதியினைக் கோருவாராயின் சிகிச்சைக்கு **சமூகந்தருபவர் என்றும்** மற்றும் **மாதமொன்றுக்கு சமூகந்தரும் சிகிச்சைகளின் எண்ணிக்கையினையும்** வைத்தியசாலையின் மருத்துவர் உறுதிப்படுத்துதல் வேண்டும். ஒரு தடவைக்குத் தேவையான நிதி எவ்வளவு என்பதை சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை மற்றும் பிரதேச செயலாளரின் அங்கீகாரத்துடன் முன்வைத்தல் வேண்டும்

❖ වෛද්‍ය ආධාර ඉල්ලීමේ ලිපියක් පහත සඳහන් ලිපිනයට ලියන්න
வைத்திய உதவிக்கான விண்ணப்பப்படிவங்களை கீழ்வரும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைக்கவும்

අධ්‍යක්ෂ,
ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය,
1 වන මහල, සෙත්සිරිපාය II අදියර, බත්තරමුල්ල.
பணிப்பாளர்,
அங்கவீனமுற்றோருக்கான தேசிய செயலகம்,
1வது மாடி, கட்டிடத் தொகுதி II, செத்திறிபாய, பத்தரமுல்ல.

❖ ඉහත සඳහන් සියලු කරුණු හොඳින් අධ්‍යයනය කර, අවශ්‍ය සියලුම ලියවිලි සමඟ මෙම කාර්යාලය වෙත යොමු කරන්න .
மேலே குறிப்பிட்ட விடயங்கள் அனைத்தையும் நன்கு வாசித்தறிந்து தேவையான ஆவணங்கள் அனைத்தையும் இணைத்து எமது அலுவலகத்திற்கு அனுப்பி வைக்கவும்.

❖ ඉහත සඳහන් ලියවිලි වල අඩුපාඩු වෙතොත් ආධාර ලබා දීම ප්‍රමාද වීමට හෝ නොහැකිවීමට ඉඩ ඇති බව කරුණාවෙන් සලකන්න .
மேற்குறிப்பிட்ட ஆவணங்களில் குறைபாடுகள் காணப்படின் உதவி வழங்குவதில் தாமதமோ அல்லது இயலாமையோ ஏற்படக்கூடும் என்பதை தயவுசெய்து கவனத்தில் கொள்ளவும்

ආබාධ සහිත තැනැත්තන් සඳහා වූ ජාතික මහ ලේකම් කාර්යාලය
அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

වෛද්‍ය ආධාර ලබා දීමේ අයදුම්පත
வைத்திய உதவிக்கான விண்ணப்பப்படிவம்

01. නම /பெயர்/ :- .....

02. ලිපිනය/முகவரி/:- .....

03. සම්බන්ධ කර ගත හැකි දුරකථන අංකය/தொடர்பு கொள்ளக்கூடிய தொலைபேசி இல/.:- .....

04. වයස /வயது/ :- .....

05. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය ஆண்/பெண்(பால்) :- .....

06. විවාහක /අවිවාහක බව /விவாகமானவரா?விவாகமாகாதவரா? :-.....

07. රැකියාව/தொழில்/:- .....

08. වාර්ෂික ආදායම/வருடாந்த வருமானம்/:- රු/ரூபா./ .....

09. භාරකරුගේ රැකියාව/ பாதுகாவலரின் தொழில்/:-.....

10. භාරකරුගේ වාර්ෂික ආදායම/ பாதுகாவலரின் வருடாந்த வருமானம்/:- රු/ரூபா. .....

11. යැපෙන්නන් ගණන /தங்கியிருப்பவர்களின் எண்ணிக்கை :-.....

12. ආබාධය /රෝගය/ அங்கவீனமானவரா? நோய்வாய்ப்பட்டவரா?:- .....

13. ඉල්ලුම් කරන ආධාරය /கோரப்படும் உதவி/:-.....
(සායන වියදම්/ ඖෂධ ලබාගැනීම/ සැත්කම්/கிளினிக் செல்வதற்கான செலவு/மருந்து பெற்றுக் கொள்ளல்/ சத்திரசிகிச்சை)

14. ජනාධිපති අරමුදලෙන් ලැබී ඇති ආධාර/ ஜனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து பெறப்பட்ட உதவி/:-

.....

.....

ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන /விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

(අයදුම්කරු ඇඟිලි සලකුණ තබන්නේ නම් ග්‍රාම නිලධාරී/ස.සේ.නි./ස.සං.ස/සං.නි සහතික කල යුතුය.)
(விண்ணப்பதாரர், கைவிரல் அடையாளம் வைப்பவராயின், கிராம உத்தியோகத்தர்/ச.சே.உ./ச.அ.உ/அ.உ உறுதிப்படுத்துதல் வேண்டும்.)

ඖෂධ හෝ සායන වියදම් සඳහා மருந்து மற்றும் கிளினிக் செல்வதற்கான செலவு தொடர்பானது

15. වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය / **வைத்திய அதிகாரியின் சிபாரிசு Recommendation of the Medical Officer**

(මෙවැනි ආධාර සලකා බැලීම සඳහා වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය ඉතාමත් වැදගත් වනු ඇත /இவ்விடயம் உண்மையானதா என ஆராய்ந்து பார்ப்பதற்காக வைத்தியரின் சிபாரிசு மிகவும் முக்கியமானதாக கருதப்படும்)

15.1. ආබාධය/රෝගය /අසනීපය (පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න) அங்கவீனர் / நோய்வாய்ப்பட்டவர் / வருத்தமானவர் (தெளிவாக குறிப்பிடவும்) Disability/Disease:-(Mention clearly)

.....

15.2 ආබාධය /රෝගය /අසනීපය නිසා මෙම ඉල්ලුම්කරුට තම වැඩ කටයුතු /රැකියාවත් කිරීමට අපහසුද? அங்கவீனர்/நோய்வாய்ப்பட்டவர்/வருத்தமானவர் என்பதால் அவர்/அவள் வேலை நடவடிக்கைகளை/ செயற்பாடுகளை மேற்கொள்ளக்கூடியவராக உள்ளாரா?Is the applicant unable to attend his /her work /activities due to the disability disease sickness .....

15.3 මෙය දීර්ඝ කාලීනව ප්‍රතිකාර ගත යුතු රෝගයක්ද ? நீண்ட காலத்திற்கு சிகிச்சையளிக்க வேண்டியுள்ளதா?Is it required to take long term treatment? …….....

15.4 මසකට සායනයට සහභාගී වන වාර ගණන හා ප්‍රතිකාර ගත යුතු මාස ගණන කොපමණද?/ஒரு மாதத்திற்கு கிளினிக் செல்லும் தடவைகளின் எண்ணிக்கை மற்றும் எவ்வளவு காலத்திற்கு சிகிச்சை தொடரப்பட வேண்டும்?/ Number of clinic per month / how long the treatments should be continued? …….....

15.5. රජයේ රෝහලකින් මේ සඳහා ප්‍රතිකාර/ බෙහෙත්/ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ කිරීම අපහසුද? அரச வைத்தியசாலையில் சிகிச்சை/மருந்து/வைத்தியப் பரிசோதனைகள் செய்யக்கூடிய வசதிகள் உள்ளனவா/Availability of the treatment/Medicine/Medical test in the government hospitals

.....

15.6 එසේ රජයේ රෝහලක නොමැති බෙහෙත් වර්ගය /වෛද්‍ය පරීක්ෂණය /ප්‍රතිකාරය සඳහන් කරන්න./இவ் அரச வைத்தியசாலையில் கிடைக்கப்பெறாத மருந்து வகை/ வைத்தியப் பரிசோதனை/ சிகிச்சை என்பவற்றைக் குறிப்பிடவும்

State the particular drug /medical test /treatment which is not available in the government hospitals

…….....……....

…… ……..

වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

Signature of Medical Officer

සැත්කම් සඳහා/ சத்திர சிகிச்சை சம்பந்தமானது

16. වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය / வைத்திய அதிகாரியின் சிபாரிசு Recommendation of the Medical Officer

(මෙවැනි ආධාර සලකා බැලීම සඳහා වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය ඉතාමත් වැදගත් වනු ඇත /இவ்விடயம் உண்மையானதா என ஆராய்ந்து பார்ப்பதற்காக வைத்தியரின் சிபாரிசு மிகவும் முக்கியமானதாக கருதப்படும்)

16.1 ආබාධය/ රෝගය /අසනීපය (පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න)அங்கவீனர்/நோய்வாய்ப்பட்டவர் (தெளிவாக குறிப்பிடவும்) Disability/Disease:- (Please indicate clearly).....…….....…….....

16.2 ශල්‍යකර්මය සඳහා මුළු ඇස්තමේන්තුව/ சத்திரசிகிச்சைக்குத் தேவையான மொத்த தொகை எவ்வளவு? Total package for the surgery රු/ரூபா/Rs.…….....

16.3. රෝහල් ගාස්තු හා වෛද්‍ය ගාස්තු මෙම ඇස්තමේන්තුවේ අඩංගු නම් එම මුදල කොපමණද? வைத்தியசாலைச் செலவு மற்றும் சிகிச்சைக்கான செலவு என்பன இந்தப் பட்டியலில் உள்ளடக்கப்பட்டிருந்தால் அவை பற்றிய விபரம்?The amount for hospital charges and prove. Charges: - රු/ரூபா./Rs.

.....…….....

ආබාධය /රෝගය නිසා ඉල්ලුම්කරුට තමාගේ දිනපතා වැඩ කටයුතු ඉටුකර ගැනීමට අපහසු බව සහතික කරමි. அங்கவீனமானவர் / நோய்வாய்ப்பட்டவர் என்பதால் அவர்/அவள் தமது நாளாந்த வேலைச் செயற்பாடுகளை நிறைவேற்றுவதற்கு முடியாதுள்ளது என நான் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.
I certify that the applicant is unable to attend his /her day to day activities

…….....……..

වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව / வைத்திய அதிகாரியின் கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்/ Signature of Medical Officer

සැත්කම් සඳහා ආධාර මුදලක් අයදුම් කරන්නේ නම්,
சத்திர சிசிச்சைக்கான உதவி தேவைப்படுபவராயின் மாத்திரம்

- රෝහලින් නිකුත් කළ වියදම් ඇස්තමේන්තු ලිපිවල ඡායාපිටපත් (රජයේ රෝහලින් ඉදිරිපත් කල ඇස්තමේන්තුව හා උපකරණ ලබා ගන්නා පෞද්ගලික ආයතනයේ ඇස්තමේන්තුව ඉදිරිපත් කරන්න.) வைத்தியசாலையால் வழங்கப்படும் செலவுப்பட்டியல் தொடர்பான கடிதத்தின் பிரதியொன்று.(அரச வைத்தியசாலையால் முன்வைக்கப்படும் அறிக்கையில் தேவையான உபகரணங்ளின் பெயர்கள் குறிப்பிடப்பட்டிருப்பதுடன் அதற்கேற்பவே தனியார் கம்பனியிடமிருந்து பெறப்படும் உபகரணங்களுக்கான மதிப்பீட்டறிக்கையும் தயாரிக்கப்பட்டு இணைத்தல் வேண்டும்.)

- ජනාධිපති අරමුදලින් මුදල් වෙන් කළ ලිපියේ ඡායාපිටපතක்
ஜனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து நிதி ஒதுக்கப்பட்டுள்ளது என்பதனை உறுதிப்படுத்தும் கடிதத்தின் பிரதி

- රෝගියාගේ රෝගය පිළිබඳව රෝහලින් නිකුත් කළ වෛද්‍ය වාර්තාවල ඡායා පිටපත්.
நோயாளியின் நோய் தொடர்பாக வைத்தியசாலையிலிருந்து வழங்கப்பட்ட கடிதத்தின் பிரதி

❖ රෝගියා රෝහලට ඇතුළත් කිරීමට නියමිත දිනය සඳහන් ලිපියේ ඡායා පිටපතක්.
நோயாளி வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு குறிக்கப்பட்டுள்ள தினத்தினைக் குறித்து நிற்கின்ற கடிதத்தின் பிரதி

❖ ශල්‍යකර්මය සිදු කරනු ලබන්නේ විදෙස් රටක දී නම් එම විදේශීය රෝහලේ අදාළ වෛද්‍යවරයාගෙන් ලබා ගත් වෛද්‍ය වාර්තාවල පිටපත් ද විදෙස් ගමන් බලපත්‍ර හා වීසා බලපත්‍රවල ඡායාපිටපත් හා ගුවන් ටිකට්පත් වල ඡායා පිටපත් මෙන්ම ලබා ගන්නා ආධාර මුදල අදාළ කාර්යය සඳහාම යොදවන බවට සාමදාන විනිශ්චකාරවරයෙකුගෙන් ලබා ගත් දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් ද ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

சத்திர சிகிச்சையானது வெளிநாட்டு வைத்தியசாலையில் மேற்கொள்ள வேண்டியேற்படின் வெளிநாட்டு வைத்தியரிடமிருந்து பெற்றுக் கொண்ட வைத்திய அறிக்கையின் பிரதி, கடவுச்சீட்டுக்கள் மற்றும் வீசா போன்ற ஆவணங்களின் பிரதிகள் அத்துடன் விமான பயணச்சீட்டின் பிரதி, இவ்வுதவியானது சத்திரசிகிச்சைக்கு மாத்திரமே பயன்படுத்தப்படும் என்பதனை உறுதிப்படுத்தும் சமாதான நீதவானிடமிருந்து பெற்றுக்கொள்ளப்பட்ட கடிதம்.

❖ රෝහල් ගත කර සිටින අයදුම්කරුවන් සම්බන්ධ ඉල්ලීම් ඉදිරිපත් කිරීමේ දී රෝහලින් බැහැර වීමට ප්‍රථම මා වෙත ඉදිරිපත් කිරීම අත්‍යවශ්‍ය වන අතර රෝහලේ බිල්පත් පියවා එම මුදල් ප්‍රතිපූර්ණය කර ගැනීම වෙනුවෙන් කරන ඉල්ලීම් ප්‍රතික්ෂේප කෙරේ.

வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருப்பவர் தொடர்பில், தங்கியிருக்கும் காலத்தினுள் உதவிக்கான வேண்டுகோள் கடிதத்தினை முன்வைத்து அனுமதியினைப் பெறுதல் அத்தியவசியமாகும். முழுமையான பணத்தினை வைத்தியசாலைக்கு கொடுத்திருப்பினும் வைத்தியசாலையினை விட்டு வெளியேறியிருப்பினும் சத்திரசிகிச்சைக்காகப் பெற்றுக்கொடுக்கப்படுகின்ற கடன் நிதியினை ஈடுசெய்வதற்காகவும் உதவிப் பணம் ஒதுக்கி கொடுக்கப்பட மாட்டாது.

❖ අනුමත කරන ලද සැත්කම් සඳහා ආධාර මුදල් ලබා දීම ට අදාළ ආයතනය වෙත ලිපියකින් දන්වන අතර සැත්කම නිම වී ඉදිරිපත් කරන බිල්පත සඳහා චෙක්පතක් මඟින් ආධාර මුදල එම ආයතනයට නිරවුල් කරනු ලැබේ.

சத்திரசிகிச்சைக்கான அனுமதி தொடர்பில், உதவித்தொகைக்குரிய சம்பந்தப்பட்ட நிறுவனத்திற்கு கடிதமொன்று வழங்கப்படும். என்பதுடன் பற்றுச்சீட்டு கிடைத்ததன் பிற்பாடு காசோலையூடாக உதவிப்பணம் நிறுவனத்திற்கு அனுப்பி வைக்கப்படும்.

17. ග්‍රාම නිලධාරී නිර්දේශය / கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை

17.1. ..... හි පදිංචි .....

මහතා/ මහත්මිය මම පෞද්ගලිකව හඳුනන බවත්, ඔහුගේ/ ඇයගේ ආදායම රු. 6000/- කට අඩු/ වැඩි බවත්, ඔහු/ ඇය/දරුවා/ ..... ආබාධ සහිත/ රෝගී අයෙකු බවටත්, මෙම ආධාර මුදල ලබාදීමට සුදුසු/නුසුදුසු බවටත්, මෙයින් නිර්දේශ කරමි. ..... எனும் முகவரியில் வசிக்கும் திரு/திருமதி/செல்வி ..... என்பவரை தனிப்பட்ட ரீதியில் தெரியும் என்பதுடன் அவருடைய மாதாந்த வருமானம் ரூ.6000/- க்கு குறைவு/அதிகம் எனவும் அவர்/ அவள்/ குழந்தை ..... அங்கவீனமுற்றவர் / நோய்வாய்ப்பட்டவர் என்பதால் இவ்வுதவியினை பெறுவதற்கு பொருத்தமானவர் என பரிந்துரை செய்கிறேன்.

....

දිනය/திகதி අත්සන හා නිල මුද්‍රාව / கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்

18. සමාජ සේවා නිලධාරී / සමාජ සංවර්ධන සහකාර / සංවර්ධන නිලධාරී නිර්දේශය

சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/சமூக அபிவிருத்தி உதவியாளர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை.

18.1. 1-14 දක්වා ඉල්ලුම්කරු විසින් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදිය. ආධාර ලබාදීමට සුදුසුය/ අවශ්‍ය නැත.

1-14 வரை விண்ணப்பதாரரால் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் அனைத்தும் சரியானவை. உதவி வழங்குவதற்கு பொருத்தமானவர் /பொருத்தமில்லாதவர் ஆவார்.

.....

(ස.සනි/ස.සං.ස./සං.නි.අත්සන හා නිල මුද්‍රාව තබන්න

ச.சே.உ/ச.அபி.உ/அ.உ கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்)

(සායනවලට යාමට හා ඒමට ගමන් වියදම් ලබා ගැනීම සඳහා **කුලී රථයක් භාවිතා කරන්නේ** නම්, වරකට මුදල හා දුර සඳහන් සමාජ සේවා නිළධාරියාගේ ලිපිය ඇතුළත්ව **මසකට** අවශ්‍ය මුදල පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක වාර්තාවක් සැපයිය යුතුය. එය ප්‍රාදේශීය ලේකම් අනුමත කර තිබිය යුතුය. ඖෂධ ලබා ගැනීමේ දී අදාළ ඖෂධ වට්ටෝරුව අනුව **රජයේ "ඔසුසලින්"** ඖෂධ සඳහා මාසික ඇස්තමේන්තුවක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය ."ඔසුසලේ" නොමැති නම් ඒ බවට **ලිපියක්** සහ වෙනත් පෞද්ගලික ආයතන **දෙකකින්** අවශ්‍ය ඖෂධ සඳහා ඇස්තමේන්තු ඉදිරිපත් කරන්න. එම ඖෂධ වෛද්‍ය නිර්දේශ සහිත **ඖෂධ වට්ටෝරුවේ සඳහන් ඖෂධ** සඳහාම විය යුතුය. (අදාල මුදල මාස 6ක් දක්වා උපරිම රු.20,000/- මුදලකට යටත්ව ලබා දෙනු ලැබේ.)

(**කිලිනික් සෙල්වතු තොටර්පිල්, පොක්කුවරත්තුක්කාක මුච්චක්කරවණ්ඩි/வேறு வாகனம் பாவிப்பதாயின்** සෙන්රු වරුවතර්කාන **තොකෙ, තූරම් ඇකිය විපරංකල්** උල්ලටක්කප්පට්ටු ඔරු මාතත්තිර්කු තේවෙයාන තොකෙයිනෙ සරියාන මුරෙයිල් තෙළිවාක කුරිප්පිටප්පට්ට **ච.සේ.උ/ච.අපි.උ/අ.උ අරික්කෙයානතු පිරදේස සෙයලාළරිනාල්** උරුතිප්පටුත්තිප්පටුත්තප්පට්ටු ඉණෛත්තල් වේණ්ටුම්. අත්තුටන් මරුන්තු පෙට්රුක්කොළ්වතු තොටර්පිල්, මරුන්තුච්චිට්ටෙක්කු අමෛය "අරස ඔසුසල" විලිරුන්තු පෙරප්පට්ට මතිප්පීට්ටරික්කෙ ඔරු මාතත්තිර්කුරියතාක ඉරුත්තල් වේණ්ටුම්. ඔසුසල" විල් ඉල්ලෛයායින් අතර්කාන කටිතමුම් වේරු ඉරු තනියාර් පාමසිකළිලිරුන්තු පෙරප්පට්ට මතිප්පීට්ටරික්කෙයුම් සමර්ප්පිත්තල් වේණ්ටුම්. කුරිප්පිටුම් මරුන්තුකළ් වෛත්තියරින් සිපාර්සුටන් කූටිය මරුන්තුච්චිට්ටෙයිල් කුරිප්පිටප්පට්ටිරුත්තල් වේණ්ටුම්. 6 මාතත්තිර්කුමාන කූටිය පෙරුමති රූ.20,000/-නෛප් පෙට්රුක්කොළ්ළවතර්කුරිය නටවටික්කෙයිනෛ එටුක්ක මුටියුම්.)

19 . ප්‍රාදේශීය ලේකම් නිර්දේශය / பிரதேச செயலாளரின் பரிந்துரை

19.1 ආධාර යෙදවීම අධීක්ෂණය කිරීමට අපහසුවක් තිබේද ? உதவி வழங்குவதை கண்காணிப்பதில் சிக்கல்கள் உள்ளனவா? .....

19.2. ජනාධිපති අරමුදලෙන් ආධාර අනුමත වී තිබේද? ஜனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து உதவி பெறுவதற்கு அங்கிகாரம் கிடைக்கப்பெற்றுள்ளதா? .....

19.3. ඉල්ලුම්කරු අතින් කොපමණ මුදලක් යෙදවීමට හැකි බව සඳහන් කර තිබේද ?விண்ணப்பதாரர், தனது கையால் எவ்வளவு பணம் செலவு செய்ய முடியும் எனக் குறிப்பிட்டிருந்தார்? රු/ரூபா. .....

19.4. මෙම ඉල්ලීම සාධාරණ වන /නොවන බැවින් ඒ සඳහා සමාජ සේවා අමාත්‍යාංශයෙන් විශේෂ වෛද්‍ය ආධාර මුදලක් ලබා දීම නිර්දේශ කරමි /නොකරමි. இந் நபருக்கு சமூக வலுவூட்டல் நலன்புரி மற்றும் கண்டி மரபுரிமைகள் அமைச்சிடமிருந்து வைத்திய உதவியைப் பெற்றுக் கொள்வதற்கு நான் சிபார்சு செய்கின்றேன்/ சிபாரிசு செய்யவில்லை.

.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන හා නිල මුද්‍රාව /பிரதேச செயலாளரின் கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்