



රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමය
(නීති ගත කිරීම 1971 අංක 27 දරණ පාර්ලිමේන්තු පනතින් සංස්ථාපිතයි)



නො 65/1, ජී.ඕ.බී.ඒ ඇවනියු, ශ්‍රීමත් චන්ද්‍රමපලම් ඒ. ගාඩනර් මාවත, කොළඹ 02.
දුරකතන අංක :- 011-2434598, 2473633 ටී මේල් :- www.info@goba.lk ෆැක්ස් :- 011-2434212 වෙබ් :- www.goba.lk

..... දිනය -
.....

ශිෂ්‍යාධාර/ වෛද්‍යාධාර/ මුදල් ආපසු ගෙවීමට හෝ හිමිකම් ලබා දීමට අදාළ විස්තරය හා අනුමත කරන නිලධාරියාගේ සහතිකය	ගාස්තු ප්‍රමාණය	මුදල්	
		රු.	ශත
සාමාජික අංක.....හිමි.....(නම) මහතා / මහත්මිය වෙත/ වෙනුවෙන් දැරුවාට/නාමිකයා/යන් වෙත ශිෂ්‍යාධාර/වෛද්‍යාධාර ගෙවීම/ සාමාජිකත්වයෙන් ඉල්ලා අස්වීම මත හිමිකම් ගෙවීම/ විශ්‍රාමයෙන් පසු ගෙවිය යුතු අවසන් ගෙවීම/මරණ ප්‍රදානය ගෙවීම. බැංකුව බැංකු ශාඛාව ගිණුම් අංකය ලේඛනයේ විස්තරය / ලිපි ගොනුවේ අංකය..... පිටු අංකය.....			
සකස් කලේ :-..... පරීක්ෂා කලේ :-.....	මුළු ගණන		

ඉහත සඳහන්(රු.....)මුදල ගෙවීම සංගමයේ රීති වලට මීට අදාළ ගොනුවල ඇති සහතික වලට / හිමිකම් ගෙවීමේ/ ප්‍රධානයන් ගෙවීමේ රීති වලට අනුකූල හා නීත්‍යානුකූල බවක් මාගේ දැනුම අනුව නිවැරදි සහ සත්‍ය බවක් සහතික කරමි.

..... දිනය ලේකම් හා ගණකාධිකාරී

මුදල -
වෙක්පත් අංකය -	ලේකම් හා ගණකාධිකාරී
වෙක්පතේ දිනය -
	සභාපති/ උප සභාපති

.....දින රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමයේ ලේකම් හා ගණකාධිකාරීගෙන් (රු.....).....ක මුදලක් භාර ගනිමි.

(x).....
ලබන්නාගේ අත්සන හා දිනය.
(මුදල රු. 25,000/- ට වැඩි නම් රු.25/-
මුද්දරයක් මත අත්සන් කල යුතුය)

සැ.යු:- මෙම වවුචරයේ පිටපත් 2ක් ඉදිරිපත් කල යුතුය. ඉන් එකක (X) හි අදාළ නම් මුද්දර අලවා ඒ මත අත්සන් කල යුතුය.දෙවන වවුචරයේ (X) හි අත්සන පමණක් තැබීම ප්‍රමාණවත්ය.



රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමය
(නීති ගත කිරීම 1971 අංක 27 දරණ පාර්ලිමේන්තු පනතින් සංස්ථාපිතයි)



නො 65/1, ජී.ඕ.බී.ඒ ඇවනියු, ශ්‍රීමත් චන්දම්පලම් ඒ. ගාඩනර් මාවත, කොළඹ 02.
දුරකතන අංක :- 011-2434598, 2473633 ටී මේල් :- www.info@goba.lk ෆැක්ස් :- 011-2434212 වෙබ් :- www.goba.lk

..... දිනය -

ශිෂ්‍යාධාර/ වෛද්‍යාධාර/ මුදල් ආපසු ගෙවීමට හෝ හිමිකම් ලබා දීමට අදාළ විස්තරය හා අනුමත කරන නිලධාරියාගේ සහතිකය	ගාස්තු ප්‍රමාණය	මුදල්	
		රු.	ශත
සමාජික අංක.....හිමි.....(නම) මහතා / මහත්මිය වෙත/ වෙනුවෙන් දරුවාට/නාමිකයා/යන් වෙත ශිෂ්‍යාධාර/වෛද්‍යාධාර ගෙවීම/ සාමාජිකත්වයෙන් ඉල්ලා අස්වීම මත හිමිකම ගෙවීම/ විශ්‍රාමයෙන් පසු ගෙවිය යුතු අවසන් ගෙවීම/මරණ ප්‍රදානය ගෙවීම. බැංකුව			
බැංකු ශාඛාව			
ගිණුම් අංකය			
ලේඛනයේ විස්තරය / ලිපි ගොනුවේ අංකය.....			
පිටු අංකය.....			
සකස් කලේ :-..... පරීක්ෂා කලේ :-.....	මුළු ගණන		

ඉහත සඳහන්(රු.....)මුදල ගෙවීම සංගමයේ රීති වලට මීට අදාළ ගොනුවල ඇති සහතික වලට / හිමිකම් ගෙවීමේ/ ප්‍රධානයන් ගෙවීමේ රීති වලට අනුකූල හා නීත්‍යානුකූල බවක් මාගේ දැනුම අනුව නිවැරදි සහ සත්‍ය බවක් සහතික කරමි.

..... දිනය ලේකම් හා ගණකාධිකාරී

මුදල -
වෙක්පත් අංකය -	ලේකම් හා ගණකාධිකාරී
වෙක්පතේ දිනය -
	සභාපති/ උප සභාපති

.....දින රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමයේ ලේකම් හා ගණකාධිකාරීගෙන් (රු.....).....ක මුදලක් භාර ගනිමි.

(x).....
ලබන්නාගේ අත්සන හා දිනය.
(මුදල රු. 25,000/- ට වැඩි නම් රු.25/-
මුද්දරයක් මත අත්සන් කල යුතුය)

සැ.යු:- මෙම වවුචරයේ පිටපත් 2ක් ඉදිරිපත් කල යුතුය. ඉන් එකක (X) හි අදාළ නම් මුද්දර අලවා ඒ මත අත්සන් කල යුතුය.දෙවන වවුචරයේ (X) හි අත්සන පමණක් තැබීම ප්‍රමාණවත්ය.

රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමය

රීති අංක 40(V) යටතේ ලබා දෙන වෛද්‍ය ප්‍රදාන ඉල්ලීම.

1. සාමාජිකයන්ගේ විස්තර

- 1.01. සම්පූර්ණ නම :-.....
- 1.02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-.....
- 1.03. තනතුර :-.....
- 1.04. සාමාජිකත්වය ලබාගත් දිනය:-..... 1.05. සාමාජිකත්ව කාලය අඩු:-.....
- 1.06. ලිපිනය (කාර්යාලීය) :-.....
- 1.07. ලිපිනය (පෞද්ගලික) :-.....
- 1.08. උපන්දිනය :-.....
- 1.09. දුරකථන අංක :-.....
- 1.10. මීට පෙර වෛද්‍ය ප්‍රදානයක් ලබා ගෙන තිබේද? :- ඇත/නැත
- 1.11. ප්‍රදානය ඉල්ලුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් වෙනුවෙන්ද? සාමාජිකයා/කාලත්‍රයා/දරුවා/යැපෙන්නාගේ සම්පූර්ණ නම:-.....
(ඥාති සම්බන්ධතාවය/යැපෙන්නෙකු බව තහවුරු කරන ලියවිලි ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

2. වෛද්‍ය ප්‍රදාන ඉල්ලුම් කරනු ලබන රෝග විස්තරය - (හෘද සැත්කම/වකුගඩු සැත්කම/ස්නායු සැත්කම/උකුල්, දණහිස් ප්‍රතිපාදනය/පිලිකා ප්‍රතිකාර/අන්ධභාවයට පත්වීමෙන් වලක්වා ගැනීමේ අක්ෂි සැත්කම/අක්ෂි කාච බද්ධ කිරීම හා/හෝ ඉහත රෝගී තත්වයන් සඳහා විශේෂඥ වෛද්‍ය නිර්දේශය මත බාහිර ආයතන වලින් ලබාගත් ඖෂධ,වෛද්‍ය වාර්තා,වෙනත් ප්‍රතිකාර)රෝග විනිශ්චය කාඩ් පත්‍රයේ ඡායා පිටපතක් අත්‍යාවශ්‍යය.

- 2.1. රෝගය පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න
.....
.....
.....
- 2.2. ඉහත 2.1 හි සඳහන් රෝගයෙන් පෙළෙන බව නිශ්චය කළ වෛද්‍යවරයාගේ
I. නම :-.....
II. රෝහල/වෛද්‍ය ආයතනය :-.....
- 2.3. ඉහත 2.1 හි සඳහන් රෝගයෙන් පෙළෙන බව හඳුනා ගැනීමෙන් අනතුරුව ප්‍රතිකාර ලබාගත් කාලය :-.....
- 2.4. ඉහත 2.1 හි සඳහන් රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝහල් හෝ වෛද්‍ය ආයතනයන් :-.....
:-.....
- 2.5. ප්‍රදාන ඉල්ලුම්කරු ඉහත 2.1 හි සඳහන් රෝගයෙන් පෙළෙන බවත්, ජීවිතය බේරා ගැනීමට සැත්කමක් කිරීම/ප්‍රතිකාර ලබාගැනීම /වැඩිදුර ප්‍රතිකාර කිරීම අවශ්‍ය බවත් සඳහන් කළ ලියවිලි/වාර්තා පිළිබඳ(කෙටි විස්තරයක්) පහත දක්වා ඇත. (එම ලියවිලි /වාර්තාවල ඡායා පිටපත් අමුණන්න)
I.
II.
III.

- 2.6. සැත්කම සිදු කළ දිනය/ප්‍රතිකාර ලබා දීම ආරම්භ කළ දිනය :-.....
- 2.7. ප්‍රතිකාර ලබා ගත් රෝහල/වෛද්‍ය ආයතනය:-.....

මා ඉහත සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි හා සත්‍ය බවත්, මෙම ප්‍රදානය අයදුම් කරන මා/මාගේ කාලක්‍රමය / මාගේ දරුවා/යැපෙන්නා වන..... දරුවා /මයා/මිය අදාළ රෝගයෙන් පෙළුන බවත්, සංගමයෙන් ඉල්ලා සිටින මෙම ප්‍රදානය මගේ/ඔහුගේ/ඇයගේ ජීවිතය බේරා ගැනීම සඳහා ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමට /සැත්කම් කිරීමට/ ඖෂධ ලබා ගැනීමට දැනටමත් දරා ඇති බවත්, මෙම ප්‍රදානය ලබා ගැනීමට මා/ඔහු/ඇය සම්පූර්ණ සුදුස්සෙකු බවත් ප්‍රකාශ කරමි. මෙම ප්‍රදානය ලබා ගැනීමෙන් පසු මා ඉදිරි වසර 05 තුළ සංගමයේ සාමාජිකත්වයෙන් ඉවත් නොවන බවත්, එසේ ඉවත් වන්නේ නම් සංගමයට වන පාඩුව මට හිමි ඉතිරි කිරීම් වලින් අයකරන ගැනීමටත් මම එකඟ වෙමි.

දිනය :-..... සාමාජිකයාගේ අත්සන :-.....

නම :-.....

3. කාර්යාලීය ප්‍රයෝජන සඳහා පමණි

- 3.1. 1.1 සිට 1.11 දක්වා තොරතුරු ලේඛනවලින් සනාථ වේ./ සනාථ වේ.
- 3.2. 1.1 සිට 1.11 දක්වා තොරතුරු වල අඩුපාඩු /වැරදි ඇත./ දන්වා යවන ලදී.
- 3.3. තුන් අවුරුදු සාමාජිකත්වය කාලය සම්පූර්ණ කර ඇත / නැත.
- 3.4. දිනට සාමාජිකයා සංගමයෙන් ලබා ගත් ණය මුදල් වල ශේෂය රු.
- 3.5. සාමාජිකයා දින දක්වා අඛණ්ඩව සාමාජික මුදල් අයකර ඒවා නැත/ඇත.
- 3.6. අයදුම්කරු ගෙවීම් පැහැර හැරි අයෙකු නම් ඒ පිළිබඳ තොරතුරු.....
- 3.7. මෙයට පෙර වෛද්‍යාධාර වශයෙන් රු.ගෙවා ඇත/නැත.

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.

.....
 ගිණුම් සහකාර (නම හා අත්සන)

ඉහත සියළු විස්තර පෞද්ගලිකව මා පරීක්ෂා කළ අතර නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....
 ඒකක ප්‍රධානි/ගණකාධිකාරී

ලබා දී ඇති පිටපත් පරීක්ෂා කලෙමි. නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....
 ලේකම් හා ගණකාධිකාරී

[Empty box for member number]

දිවුරුම් ප්‍රකාශයයි.

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක..... හිමි, (ලිපිනය)..... X
..... දරණ ස්ථානයේ පදිංචි X
(නම)වන මම X
බෞද්ධාගමිකයෙකු / ක්‍රිස්තියානි / කතෝලික / හින්දු / ඉස්ලාම් භක්තිකයෙකු වශයෙන් අවංකව හා සත්‍යවාදීව ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ප්‍රතිඥා දී / දිවුරුම් දී පහත සඳහන් ප්‍රකාශයන් කර සිටිමි.

- 1. ඉහත නම හා ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය හිමි දිවුරුම් ප්‍රකාශක/ ප්රකාශිකාව මම වෙමි.
2. මා විවාහකයෙකි / අවිවාහකයෙකි.
3. මා රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමයේ අංක දරණ සාමාජිකයා වෙමි. X
4. මා සංගමයේ රීති මාලාවේ 40(V) රීතිය යටතේ ලබා දෙනු ලබන වෛද්‍ය ප්‍රදානය අයදුම් කර ඇති අතර එම අයදුම් පත්‍රයේ සඳහන් සියළු විස්තර නිවැරදි හා සත්‍ය බවත්, ඒ අනුව මෙම වෛද්‍ය ප්‍රදානය ලැබීමට මා සුදුසුසකු බවත්,
5. මා උක්ත වෛද්‍ය ප්‍රදානය අයදුම්කලේ මා / මාගේ කලත්‍රයා / මාගේ දරුවා / මාගෙන් යැපෙන(ඥාතීන්වය) සඳහා බවත්, ඒ බව සනාථ කරන සහතික ඉදිරිපත් කර ඇති බවත්, X
6. මා /ඔහු /ඇය..... දරණ රෝගයෙන් පෙළෙන බව වෛද්‍යවරුන් සහතික කර ඇති බවත්, X
7. උක්ත රෝගය සඳහා ඖෂධ ලබා ගැනීම / වැඩිදුර ප්‍රතිකාර කිරීම / සැත්කම් කිරීම සම්බන්ධව ඉදිරිපත් කර ඇති සියළුම වෛද්‍ය වාර්තා / කුවින්නන්සි/ ලියකියවිලි සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්,
8. මා /මාගේ කලත්‍රයා / මාගේ දරුවා / මාගෙන් යැපෙන.....(ඥාතීන්වය) හට වැළඳී ඇති උක්ත රෝගයෙන් මා /ඔහු /ඇය ගේ ජීවිතය බේරා ගැනීමට / සුවපත් කිරීමට ශල්‍ය කර්මයක් සිදු කල යුතු බව මා/ඔහු ඇය පරීක්ෂා කල වෛද්‍යවරයා / විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා නිගමනය කර..... දින උක්ත ශල්‍ය කර්මය සිදුකල බවත්/ ප්‍රතිකාර කරනු ලබන බවත්, X
9. ඇසෙහි සුද ඇතිවීම හේතුකොට අන්ධ භාවයට පත්විය හැකි බැවින් අක්ෂි කාචයක් බද්ධ කල යුතු යැයි මා /ඔහු/ඇය පරීක්ෂා කල අක්ෂි විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා නිර්දේශ කර ඇති බවත්, X
ඒ අනුව.....දින කාචය බද්ධ කිරීම..... X
.....රෝහලේදී කල බවත්,
10. උක්ත රෝගයෙන් පෙළෙන / අක්ෂි කාච බද්ධ කල මා / මාගේ කාලත්‍රයා/ මාගේ දරුවා / යැපෙන්නා මාගෙන් යැපෙන බවත්, ඔහුගේ /ඇයගේ භාරකරුවා මා බවත්, ඔහුගේ / ඇයගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය..... බවත්, X
11. මා ඉදිරිපත් කරන ලිපි ලේඛන මත මෙම අවස්ථාව වෙනුවෙන්ම මීට පෙර සංගමයෙන් වෛද්‍යාධාර ලබාගෙන නොමැති බවත් මාගේ / මාගේ කලත්‍රයාගේ/ මාගේ දරුවාගේ/යැපෙන්නාගේ ජීවිත බේරා ගැනීමට සැත්කමක් කිරීමට /ඖෂධ ලබා දී සුවපත් කරවා ගැනීමට/ අන්ධභාවයට පත් වීමෙන් වලක්වා ගැනීමට /ප්‍රතිකාර ගැනීමට / සැත්කමට /අක්ෂි කාච බද්ධ කිරීමට, බිල්පත් වල සඳහන් මුදල සත්‍ය වශයෙන් දැරූ බවත් ඒ අනුව මෙම වෛද්‍ය ප්‍රදාන මුදල ලබා ගැනීම මා සුදුසු බවත්, නැවතද ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

ප්‍රකාශකගේ / දිවුරුම්කරුගේ අත්සන [Box] මුද්දරය රු. 50/-

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක.....හිමි (නම).....
..... ප්‍රකාශක / දිවුරුම්කරු,
..... ස්ථානයේදී, මා
ඉදිරියේදී කියවා පැහැදිලි කර දීමෙන් පසු අත්සන් තබන ලදී.

දිනය :-.....
සාමදාන විනිශ්චයකාරතැනගේ අත්සන

- 1. දිවුරුම් ප්‍රකාශයේ නියමිත ස්ථානයේ රු. 50/- මුද්දරයක් අලවා ඉල්ලුම්කරු සාමදාන විනිශ්චයකාරතැන ඉදිරිපිටදී මුද්දරය මත අත්සන් තැබිය යුතුය. සාමදාන විනිශ්චයකාරතැන නියමිත ස්ථානයේ සිය අත්සන තබා ඊට පසු තමාගේ (සාමදාන විනිශ්චයකාරතැනගේ) මුද්‍රාව තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ.
2. සෑම වගන්තියකම X සලකුණ ඉදිරිපිටම ප්‍රකාශකයේ කෙටි අත්සන තැබීම අත්‍යාවශ්‍ය වේ.

වෛද්‍ය ප්‍රදාන ලබා දීමට අදාළ රීති ප්‍රතිපාදන - පැහැදිලි කිරීමකි.

රජයේ නිලධාරීන්ගේ යහසාධක සංගමයේ තුන් අවුරුදු වලංගු සාමාජිකත්වයක් ඇති සාමාජිකයෙකු සහ ඔහුගේ/ඇයගේ කලත්‍රයා හෝ අවිවාහක දරුවකු හෝ අවිවාහක සාමාජිකයෙකුගේ මව පියා පහත සඳහන් රෝගයකින් පෙළෙන බවත්, ජීවිතය බේරා ගැනීම සඳහා වැඩිදුර ප්‍රතිකාර කිරීමට සිදු වූ බවටත් සුදුසුකම් ලත් වෛද්‍යවරයෙකු රජයේ රෝහලක් හා/හෝ පිලිගත් ආයතනයකින් ලබාදෙන රෝග විනිශ්චය පත්‍රය හා ඒ සඳහා දැරූ වියදම් සනාථ කරන බිල්පත් ඉදිරිපත් කිරීමෙන් අනතුරුව රු. 50,000/-ක (රුපියල් පනස්දාහක) උපරිමයකට යටත්ව ජීවිත කාලයටම එක් වරක් පමණක් ලබාදෙන ප්‍රදානයක් කරනු ඇත. මෙම ප්‍රදානය සඳහා ඉදිරිපත් කරනු ලබන ලියකියවිලි සහ වාර්තා සලකා බලා අවසන් තීරණයක් ගැනීමේ අයිතිය පාලක කමිටුව සතුවේ. මෙම වෛද්‍ය ප්‍රදානය ලැබෙනුයේ සාමාජික කාල සීමාව තුළ සාමාජිකයාට හෝ එක් යැපෙන්නෙකුට පමණි.

- i. හෘද රෝග ශල්‍යකර්මයක්
- ii. වකුගඩු බද්ධ කිරීමක්
- iii. පිලිකා ප්‍රතිකාර
- iv. උකුල් සහ දණහිස් ඇට ප්‍රතිපාදනය
- v. ස්නායු ශල්‍යකර්මයක් වෙනුවෙන් මෙම ප්‍රදානය කරනු ඇත. තවද,
- vi. ඉක්මනින් ප්‍රතිකාර නොකලහොත් කෙටි කාලයක් තුළ සම්පූර්ණ අන්ධභාවයට පත්වන අක්ෂි රෝගයක් වැළඳී ඇති බව හා ප්‍රතිකාර කල බව විශේෂඥ අක්ෂි වෛද්‍යවරයෙකු නිර්දේශ කරන අවස්ථාවකදී
- vii. විශේෂඥ අක්ෂි වෛද්‍යවරයෙකු විසින් අක්ෂි කාචයක් බද්ධ කල යුතු යැයි නිර්දේශ කල අවස්ථාවක බද්ධ කිරීම සඳහා මිලදී ගත් අක්ෂි කාචයේ මුදල හෝ රු. 15,000.00 යන දෙකෙන් අඩු මුදල.
- viii. ඉහත රෝගී තත්වයන් සඳහා රජයේ රෝහලක නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබන හෝ ශල්‍ය කර්මය සඳහා රැඳී සිටින කාල සීමාව තුළ අදාළ විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා විසින් එම රෝගී තත්වයන්ට අදාළව ලබාගත යුතු බවට නිර්දේශ කරන ලද ඖෂධ, වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වාර්තා හෝ වෙනත් ප්‍රතිකාරයන් රෝහලෙන් බාහිරව ලබාගත් බවට/කරවා ගත් බවට ලියකියවිලි හා බිල්පත් ඉදිරිපත් කරන විටකදී නියමිත සීමාවන්ට යටත්ව එම මුදලද

ප්‍රතිපූර්ණය කරනු ඇත.

ස්වාමිපුරුෂයා හා කලත්‍රයා යන දෙදෙනාම සාමාජිකත්වය දරන්නේ නම් ඔවුන් දෙදෙනාටම මෙම හිමිකම ලැබෙනු ඇත.

මෙම රීතිය 2009.10.01 දින සිට ක්‍රියාත්මක වේ.

උපදෙස්:-

- 1. ඉල්ලුම් පත්‍රය කාර්යාලයෙන් ලබාගත හැක/ www.goba.lk වෙබ් අඩවියෙන් බාගත කල හැක.
- 2. රෝග විනිශ්චය කාඩ්පත්‍රය හා බිල්පත් වල මුල් පිටපත් සමඟ ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කල යුතුය.
- 3. බිල්පත්වල මුල් පිටපත් අග්‍රහාර රක්ෂණය හෝ ජනාධිපති අරමුදල වෙත ලබාදී ඇති විටක එම “බිල්පත් තමන් භාරයේ ඇති බවට අදාළ ආයතනයෙන් ලිපියක්” සමඟ ඡායා පිටපත ඉදිරිපත් කල යුතුය.
- 4. ප්‍රදානය අයදුම් කරන රෝගියා හා සාමාජිකයා අතර ඥාතීත්වය තහවුරු කරන උප්පැන්න සහතිකය, විවාහ සහතිකය හා ජාතික හැඳුනුම්පතේ මුල් පිටපත් සමඟ ඡායා පිටපත් ඉදිරිපත් කල යුතුය.
- 5. දෙමාපියන් වෙනුවෙන් ප්‍රදානය ඉල්ලා සිටින්නේ නම් ඔහු හෝ ඇය සාමාජිකයාගෙන් යැපෙන බව ප්‍රදේශයේ ග්‍රාම නිලධාරී/ ප්‍රාදේශීය ලේකම් සනාථ කරන ලිපියක් අවශ්‍යය.
- 6. වෛද්‍ය ප්‍රදානය ලබාගත් පසු සංගමයේ සාමාජිකත්වයෙන් ඉල්ලා අස්වන අවස්ථාවක සංගමයෙන් ගෙවීමට ඇති මුදල ඉක්මවූ මුදල ආපසු ගෙවීමට එකඟවන බවට ගිවිසුමක් අත්සන් කල යුතුය.