

N.B. Reporting Officers must carefully follow the directions contained in Circular No 207 in regard to perfecting of this form

- (na) ඉල්ලුම්කරු ඉහත දක්වන අයවැන්නන් අයුරින් ප්‍රකාශිත ද? }
 (b) In applicant the head of the family in relation to the above?
 (nc) එක් එක් වැඩිමිලි යැපෙන්නන් සම්බන්ධයෙන් ඇතිව පිළිබඳ තොන්ද්‍රික සම්ප්‍රදායද? (II කොටසේ III වෙනි කොන්දේසිය අනුව)
 (c) Are conditions of dependency satisfied in respect of each adult dependant- vide (Part II Rule III)

- (10) ආයුර්කරුන් පිළිබඳ විස්තර ඇතිව, ලබන ප්‍රදායක හා සේවකයාට සේවයේ පවතින ලැබෙන ජනන ආධාර ප්‍රමාණය කිහිප ආධාරයන් ගොනුකරන්නන් සම්බන්ධයෙන් 12 වැනි වගුවේ ප්‍රදායක සඳහන් කළ යුතුය.
 Occupation, income & c., and amount of regular contribution given, and if no help is given, The reason should be included under Section 12;

(අ) ආධාරකරුවන්ගේ සහ සාධාරණ සහිත නැමැත්තන්ගේ නම	සබඳතාව	විවාහකද අවිවාහකද සහ විවාහක Married or Single	ස්ත්‍රී / පුරුෂ මත්ස්‍රය Sex	වයස Age	ඉල්ලුම්කරු/සාමාජිකයා ප්‍රදායක/සාමාජිකයා සමඟ සේවයේ සිටින බව Whether residing with appl/ Spouse	වෘත්තය හා මාසික ප්‍රදායක Occupation and Monthly Income
(a) Name of Supporters & Relations Capable of supporting	Relationship	Married or Single	Sex	Age	Whether residing with appl/ Spouse	Occupation and Monthly Income

- (11) ඉල්ලුම්කරු හා යැපෙන්නන්ගේ දේපල, ණය, ණයෙන් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර
 Particulars of Assts. Property, Savings, & c., owned by applicant and dependants

නම Name	දේපල ණයෙන් මුදල් ආදිය පිළිබඳ විස්තර Particulars and extent of property, savings, & c.	වටිනාකම Value රු. Rs.	පො. C.	විශේෂ සටහන් Remarks

- (12) ඉල්ලුම්කරුගේ සහ යැපෙන්නන්ගේ සියලුම ප්‍රදායක පිළිබඳ විස්තර
 Particulars of all income available to applicant and dependants

නම Name	ප්‍රදායක මූලාශ්‍රයේ ස්වභාවය Nature, Description of source of income	මාසික ප්‍රදායක Monthly amount රු. Rs.	පො. C.	විශේෂ සටහන් Remarks

- 13 (අ) මුහුණදී සඳු රැකියාව }
 (a) Recent employment
 (ආ) අන්තිමට සේවය කරනු ලැබූ ස්ථානයෙන් සහ සහ ලිපිනය }
 (b) Name and address of last employer

- (ඇ) දැනට රැකියාව කරන්නේද? ලැබෙන ප්‍රදායක සහ සහ ස්වයං ආදායම }
 (a) Whether working at present? Income, paid - leave, & c., being received

වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර
Medical Treatment

14. (අ) දූතර් ප්‍රතිකාර ගන්නා සාමාන්‍යයාලයේ හෝ විශේෂයාලයේ නම සහ ලිපිනය
(a) Name and address of Hospital or Clinic where treatment is being taken

- (ආ) ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද? බාහිර රෝගියා/නේවාසික රෝගියා
(b) How treatment is taken Out patient/ In patient

පරීක්ෂණ චෙක් ටිකට් දිනය හා දින
Date and number of Check Ticket

ඇතුළත් වීමේ/විට්ටි යාමේ දිනය
Date of Admission / Date of Discharge

වාර්ග අංකය
Ward No.

- (ඇ) ප්‍රතිකාර නොලබන්නේ නම්
(c) If not taking treatment

- (1) ඉතාමත් ආසන්නම පිහිටි රෝගාලය, පළාත් රෝගාලය, දිස්ත්‍රික් රෝගාලය හෝ තනතුරු රෝගාලයේ නම සහ ලිපිනය හා පහත සිටි ඇති දුර Name and address of nearest Govt. Clinics, Chest Hospital and District or provincial Hospital and Distance from Home:

- (2) පරීක්ෂණ සහ ප්‍රතිකාර ලැබීම සඳහා පාරිසරිකව සූදුසු තත්ත්වයක සිටීම සහ වශ
Whether applicant physically fit to proceed for examination and treatment:

15. ඉල්ලුම්කරු / ඉල්ලුම්කරියා හෝ ඔහුගේ / ඇයගේ පැවැත්මත් සම්බන්ධතාවයන් සම්බන්ධයෙන් කලින් සේවයේ සිටියදී / අදාළව සේවයේ සිටියදී ඉල්ලුම් කළ අයත් නම් සහ ඉල්ලුම් කළ දිනය සඳහන් කරන්න. (Has applicant or any of his/her dependants applied previously for T.B. Assistance/ Supplements? If so, give names of applicant and Date of Application)

16. ඉල්ලුම්කරු / ඉල්ලුම්කරියා හෝ ඔහුගේ / ඇයගේ පැවැත්මත් සම්බන්ධතාවයන් සම්බන්ධයෙන් කලින් සේවයේ සිටියදී / අදාළව සේවයේ සිටියදී ඉල්ලුම් කළ අයත් නම් සහ ඉල්ලුම් කළ දිනය සඳහන් කරන්න. (Is applicant or any of his/her dependants in receipt of Public Assistance from a Revenue Officer or Municipal Council T.B. Assistance from Director of Social Services? If so, give particulars below)

ලබන්නාගේ නම Name of Recipient	මාසික මුදල Monthly Amount	දෙනු ලබන්නේ කා විසින්ද By whom granted	සහතිකයේ අංකය Certificate No.	පෙවරන නිලධාරියා Paying Officer

17. (අ) නිර්දේශ කළ පවර්ති ලබන්නාගේ සම්පූර්ණ නම
(a) Full Name of payee recommended

(ආ) සම්පූර්ණ ලිපිනය
(b) Posted address in full

(ඇ) ඉල්ලුම්කරුට ඇති සබඳතාව
(c) Relationship to Applicant

(ඈ) පෙවරන නිලධාරියා/කුච්චරි/පෝස්ට් ඔෆිස් (අ හෝ බ් ග්‍රේඩ්)
(d) paying official/ Kachcheri/ Post Office (A Or B Grade)

18. මා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු සත්‍ය බවට පරීක්ෂා කළ බවට මම මෙයින් සහතික කරමි.

I hereby declare that the above information supplied by me is true and correct.

දිනය
Date

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන / එම මාරුවකිලි සලකුණ
Signature or Thumb Impression of Applicant

19. ස.ස.ස. / ප්‍ර.ප.ල. දක්වන කරුණු
Remarks of S.S.O./D.S.

අයදුම්කරු* / ස්වාමීන්වරුන්* / භාගිකරු සහ සහකරු ප්‍රදාන ලබන සේවා සහතික කරන අතර, පරිදි දක්වා ඇති කරුණු
අනුමත කිරීම / පරිදි ප්‍රකාශ කරනු ලබන අයදුම්කරුගේ අයදුම් පිළිබඳව මාගේ අදහස.

I certify that I have personally seen the applicant *spouse or guardian and recommend * / do not recommend the application for the reasons stated above. In my opinion, the application is urgent* /not urgent.

දිනය
Date

.....
ස.ස.ස. / ප්‍ර.ප.ල. / අත්සන
Signature of S.S.O./

මෙයින් මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු සත්‍ය බවට පරීක්ෂා කළ බවට මම මෙයින් සහතික කරමි. මා විසින් ප්‍රදාන ලබන සේවා සහතික කරන අතර, පරිදි දක්වා ඇති කරුණු අනුමත කිරීම / පරිදි ප්‍රකාශ කරනු ලබන අයදුම්කරුගේ අයදුම් පිළිබඳව මාගේ අදහස.

Please state in the space provided above your own observations on the correctness or otherwise of the information furnished by the patient and also regarding dependants, income available, amount of assistance recommended and any other relevant remarks

.....
අයදුම්කරු විසින් සහතික
* Cross out if inapplicable

ප්‍රාදේශීය ප්‍රධානියාගේ අදහස් :
D.S.'s comments:

.....
ප්‍ර.ප.ල. කාර්යාලීය ප්‍රධානියා

දිනය
Date

.....
ප්‍රාදේශීය ප්‍රධානියා / D.S.

.....
කාර්යාලීය ප්‍රධානියාගේ පමණි
For Office Use only