



කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි

කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය

සුභසාධන වෛද්‍ය ක්‍රමය-2023  
සැත්කම් හා රෝහල් වියදම් ආරක්ෂණය- ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය

සාමාජික අංකය: ..... යෝජනා ක්‍රමය I  යෝජනා ක්‍රමය III  යෝජනා ක්‍රමය III

1. නම (සම්පූර්ණයෙන්): :.....
2. තනතුර (සම්පූර්ණයෙන් විස්තර කරන්න) :.....
3. අනධ්‍යයන/අධ්‍යයනසභායක/පරිපාලන/අනධ්‍යයන යන වග :.....
4. අධ්‍යයනාංශය/අංශය: ..... වයස :.....
5. පෞද්ගලික ලිපිනය:.....
6. දුරකථන අංක: (කාර්යාල);..... (පෞද්ගලික):..... (ජංගම):.....

(සියලුම බිල්පත් වෙනත් කොළයක අලවා මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රය සමඟ අමුණා ශිෂ්‍ය හා සේවක කටයුතු අංශයේ ඇති අදාළ ලේඛනයේ සටහන් කිරීමට කාරුණික වන්න. සියලු බිල්පත් වල දිනය හා වෛද්‍යවරයාගේ නිල මුද්‍රාව තිබේදැයි පරීක්ෂා කර බලන්න.)

යැපෙන්නන් - (ඉල්ලුම් කරනු ලබන අය පිළිබඳ විස්තර)

1. නම (සම්පූර්ණයෙන්): .....
2. ඥාති සම්බන්ධය:.....

තුවාල - (කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න)

1. හදිසි අනතුර සිදු වූ දිනය හා ස්ථානය :.....
2. හදිසි අනතුර සිදු වූ ආකාරය (නිවැරදිව) :.....
3. තුවාල වල ස්වභාවය හා ප්‍රමාණය :.....

රෝගය - (කරුණාකර පහත විස්තර සඳහන් කරන්න)

1. රෝගයේ ස්වභාවය හෝ විස්තරය : .....
2. රෝගය පටන් ගත් දිනය :.....
3. රෝගය සඳහා මුලින්ම ප්‍රතිකාර ලබාගත් දිනය :.....
4. රෝගය සඳහා මුලින්ම ප්‍රතිකාර ලබාගත් වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය :.....

රෝහල් ගත වූ කාල සීමාව ..... සිට ..... දක්වා

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ඔබට මීට කලින් මෙම රෝගය වැළඳී තිබුණද? එසේ නම් අදාළ දින හා විස්තර.	
2. ඔබට පසුගිය වසර 5 ක කාලසීමාව තුළ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය වන කුමන හෝ හදිසි අනතුරක් හෝ රෝගයක් වූයේද? එසේ නම් සම්පූර්ණ විස්තර සපයන්න.	
3. වෙනත් රක්ෂණ සමාගමකින් හෝ සුභසාධන සමිතියකින් /අරමුදලකින් හිමිකම් ඉල්ලීමක් පැන නැගුනා වූ හදිසි අනතුරු තුවාල වලින් හෝ රෝගයකින් කලින් ඔබ පෙලුනේද? එසේ නම් සම්පූර්ණ විස්තර සපයන්න.	
4. ඔබට සිදු වූ තුවාලයක් හෝ රෝගයක් සම්බන්ධයෙන් කිසියම් වෙනත් රක්ෂණ ආයතනයක් හෝ සමිතියක් හෝ අරමුදලක් කෙරෙහි වූ හිමිකම් ඉල්ලීමක් සැලකිල්ලට භාජනය වෙසින් තිබේද? නැතහොත් එවැනි හිමිකම් ඉල්ලීමක් කිරීමට ඔබට අයිතියක් තිබේද?	

<p>5. මේ හිමිකම් ඉල්ලීමට අදාළ තුවාල හෝ රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේ නම් පහත සඳහන් විස්තර සපයන්න.</p> <p>අ) රෝගයේ ස්වභාවය</p> <p>ආ) ප්‍රතිකාර වල ස්වභාවය</p> <p>ඇ) රෝහලකින් නම්, එහි නම</p> <p>ඈ) ඔබ ගනු ලබන/ ගෙන ඇති ප්‍රතිකාර නිර්දේශ කළේ උපදේශක විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් නම් ඔවුන්ගේ නම් හා ආදාල ප්‍රතිකාර ලබා ගත් වෙනත් විශේෂඥ සේවා පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න.</p>	
---	--

මා ඉහත විස්තර කළ තුවාල ලත් බව /ඉහත විස්තර කළ රෝගයෙන් පෙළෙන බව ප්‍රකාශ කරන අතර, ඒ වෙනුවෙන් මා විසින් දරණ ලද වියදම් ඉහත සඳහන් සුභ සාධන වෛද්‍ය ක්‍රමය යටතේ ප්‍රතිපූරණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා සිටිමි. ඉහත දැක්වෙන ප්‍රකාශ හා කරුණු සත්‍ය බව ද ,මේ හිමිකම් ඉල්ලීමට සම්බන්ධ කිසිම වැදගත් තොරතුරක් මවිසින් නොසහවන ලද බව ද සහතික කරමි.

සාක්ෂි ..... ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන.....  
දිනය ..... දිනය .....

බිල්පත්වල මුළු එකතුව රු.....

**TO BE COMPLETED BY THE PATIENT'S GENERAL PRACTITIONER/ SURGEON**

- a) Name of patient (in full) .....
- b) Condition that necessitated investigation or treatment .....
- c) General practitioner by whom referred .....
- d) Diagnosis of disease .....
- e) Details of treatment or operation and prognosis .....
- f) Was the onset of illness acute, sub acute or chronic? .....
- g) For how long would the patient have suffered from these symptoms and signs?.....
- h) Period of hospitalization .....
- Date of admission..... Date of discharge .....
- i) State approximately when, in your opinion the ailment could have BEGUN or been CONTRACTED by the patient .....

I certify that I am the General Practitioner/ Surgeon of the patient of the referred to above, and that I approved the services for which this claim is made.

Date: .....  
.....  
Signature of the Practitioner/ Surgeon/ Specialist who attended on this patient for this ailment

Name of Practitioner/ Surgeon:.....  
Qualifications:.....  
Address:.....  
T.Phone No.:.....

(To be completed by surgeon all cases as surgical and surgical treatment)  
-----*(For Office use only)*-----

**Recommendation of the Head of the Department**

After considering the medical certificates, receipts and other information provided by the applicant in relation to the medical treatment received, I recommend the re-imbusement of total expenses /an amount of Rs. ....of total expenses incurred by him/her in this connection.

Date: .....  
.....  
Signature of the Head of the Department (Seal)

The information given by the applicant and the document attached herewith have been checked and recommended/ not recommended reimbursement of the total expenses.

Date: .....  
.....  
Academic Staff member of the Medical Faculty (Seal)