ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය

முதியோர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

වයස අවුරුදු 60 ට වැඩි ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් සඳහා "ආරෝග්‍යා" වැඩසටහන යටතේ මූල්‍යාධාර ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය (අඩුආදායම්ලාභී වැඩිහිටියන් සඳහා) - 2026

60 வயதிற்கு மேற்பட்ட சிரேஷ்ட பிரஜைகளுக்கு "ஆரோக்யா" நிகழ்ச்சித் திட்டத்தின் கீழ் நிதி உதவி வழங்குதல் விண்ணப்பப் படிவம் (குறைந்த வருமானமுடைய முதியோர் தொடர்பில்)

1. දිස්ත්‍රික්කය /மாவட்டம் - .....

2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය /பிரதேச செயலாளர் பிரிவு- .....

3. ග්‍රාම නිලධාරි වසම/ கிராம சேவகப் பிரிவு - .....

4. සම්පූර්ණ නම / முழுப் பெயர்- .....

   .....

5. ලිපිනය /முகவரி- .....

6. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය /பால் பெண்/ஆண்-.....

7. උපන් දිනය/ பிறந்த திகதி .....

8. වයස/ வயது .....

9. ඉල්ලුම්කරුගේ දුරකථන අංකය / விண்ணப்பதாரியின் தொலைபேசி இலக்கம்:.....

10. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/ தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்- .....

11. වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය (තිබේනම්) /முதியோர்களுக்கான தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் (இருந்தால்)

    .....

12. ආධාර ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන රෝගී තත්ත්වය සම්බන්ධව (අදාළ රෝගය සඳහන් කරන්න) கொடுப்பனவை பெற்றுக்கொள்ள எதிர்ப்பார்க்கும் நோய் நிலைமை தொடர்பில் (குறித்த நோயினை குறிப்பிடுக)

    .....

13. ආරෝග්‍යා වැඩසටහන යටතේ මීට පෙර ආධාර ලබාගෙන ඇද්ද නැද්ද යන වග/ ஆரோக்யா திட்டத்தின் கீழ் இதற்கு முன்னர் நிதி உதவி பெற்றிருத்தல்/பெறாதுவிடின்.....

14. පළාත්, රාජ්‍ය හෝ වෙනත් ආයතන මඟින් රෝගාධාර ලබාගන්නේද යන වග / மாகாண,அரச மற்றும் வேறு நிறுவனங்கள் ஊடாக நோய்க்கான நிதிக்கொடுப்பனவுகள் பெற்றுக்கொள்ளப்படும் சந்தர்ப்பத்தில்,

- රෝගාධාර ලබාගන්නා ආයතනය / மருத்துவ உதவி பெற்றுக்கொள்ளும் நிறுவனம்

  .....

- ලැබෙන ආධාර මුදල / பெற்றுக்கொள்ளும் நிதித் தொகை:.....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි./ மேற்குறித்த தகவல்கள் சரியானதென உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

....

දිනය /திகதி අයදුම්කරුගේ අත්සන
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

<u>වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය/ மருத்துவரின் பரிந்துரை</u>

(වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය අනිවාර්ය වන අතර, ආසන්නම රෝහලක රජයේ ලියාපදිංචි වෛද්‍යවරයෙකු නිර්දේශ කළ යුතුය / (மருத்துவரின் பரிந்துரை அவசியமாவதோடு, அருகிலுள்ள வைத்தியசாலையின் அரசினால் பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவர் ஒருவரினால் பரிந்துரைக்கப்படுதல் வேண்டும்.)

මේ සමග අමුණා ඇති වෛද්‍ය වාර්තා මා විසින් පරික්ෂා කර බලන ලද අතර, පහත සඳහන් රෝග වලින් මෙම වැඩිහිටියා පෙළෙන බවත්, (එම රෝගාබාධ සඳහා පමණක් ආධාර ලබාදෙනු ඇත) මේ සඳහා දීර්ඝකාලීන ප්‍රතිකාර ලැබිය යුතු බවත් සහතික කරමි. /இத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள மருத்துவப் பரிந்துரை என்னால் பரிசீலிக்கப்பட்ட அதேவேளை, கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நோய்களால் குறித்த முதியவர் பாதிக்கப்பட்டுள்ளார் என்பதோடு, (குறித்த நோய் நிலைமைக்கு மாத்திரம் நிதி உதவி வழங்கப்படும்) இது தொடர்பில் நீண்டகால சிகிச்சை பெறவேண்டிவரும் என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

1. රෝගියාගේ නම / Name of the person/ நோயாளியின் பெயர் :-

   .....

   .....

2. රෝගියාගේ වයස / Age of the Person / நோயாளியின் வயது :- .....

3. **<u>රෝගී තත්ත්වය / Type of dieses / நோய் நிலைமை</u>**

(a) පිළිකා රෝගය /Cancer/ புற்றுநோய் (නිර්දේශිත ප්‍රතිකාර ලබාගනිමින් සිටී නම් පමණක්) ☐
(பரிந்துரைக்கப்பட்ட சிகிச்சை பெற்றுக்கொண்டிருப்பின் மாத்திரம்.)

(b) වකුගඩු ආශ්‍රිත රෝග/Kidney dieses/ சிறுநீரக நோய் (වකුගඩු බද්ධ කිරීමට නිර්දේශිත, කාන්දුකරණය සිදුකරන්නේ නම් හෝ නිදන්ගත වකුගඩු රෝග නිසා එදිනෙදා කටයුතු සඳහා පූර්ණ වශයෙන් අන් අය මත යැපෙන වැඩිහිටි පුද්ගලයන් සඳහා පමණක්) (சிறுநீரகம் சார்ந்த நோய் (சிறுநீரகம் ஒன்றைப் பொருத்துவதற்கான பரிந்துரை அல்லது இரத்தச் சுத்திகரிப்பு செய்யப்படுபவராயின் மாத்திரம்) ☐

(c) හෘද රෝග/ Heart disease/ இருதய நோய் (හෘද සැත්කම්, ස්ටෙන්ට් දැමීම වැනි ප්‍රතිකාර සඳහා නිර්දේශ කර හෝ එවැනි සැත්කම් සිදුකර, දීර්ඝකාලීනව ප්‍රතිකාර ලබාගන්නේ නම් හෝ හෘද රෝග නිසා එදිනෙදා කටයුතු සඳහා අන් අය මත යැපෙන වැඩිහිටි පුද්ගලයන් සඳහා පමණක්) (இருதய சத்திர சிகிச்சை, இருதய வால்வு பொருத்துதல் போன்ற சிகிச்சை தொடர்பான பரிந்துரைக்கப்பட்ட அல்லது அதுபோன்ற சத்திர சிகிச்சையினை நீண்ட காலத்திற்குப் பெற்றுவரும் நபர்களுக்கு மர்த்திரம்.)

(d) ස්නායු රෝග - Neurological Disorders / நரம்பியல் நோய் (නිදන්ගත ස්නායු රෝග වන ආඝාතය, පාකින්සන් හෝ ඩිමෙන්ෂියා රෝග තත්ත්වයන් නිසා හෝ අනතුරු නිසා මොලයට හෝ සුසුම්නාවට හානි වීමේන් ඇඳගතව තමන්ගේ කාර්යයන් ස්වාධීනව කරගැනීමට නොහැකිව සිටී නම් පමණක්) / நரம்பியல் நோய் - (பக்கவாதம், பார்கின்சன் அல்லது டிமென்ஷியா போன்ற நாட்பட்ட நரம்பியல் நிலைமைகள் அல்லது விபத்துகளால் மூளை அல்லது முதுகுத் தண்டுவடம் பாதிப்பு போன்றவற்றால் படுக்கையில் சுயாதீனமாக பணிகளைச் செய்ய முடியாமல் இருப்பவர்கள் மாத்திரம்.)

(e) පෙනහළු ආශ්‍රිත රෝග /Pulmonary Diseases (lung Disorders) / நுரையீரலுடன் தொடர்புடைய நோய் - - (නිදන්ගත පෙනහළු ආශ්‍රිත රෝගවලින් පෙලෙන ස්වසන අපහසුතා හේතුවෙන් දෛනික කාර්යයන් ඉටුකර ගැනීමට නොහැකි අන් අය මත යැපෙන හෝ දීර්ඝකාලීනව ගෘහස්ථ ඔක්සිජන් භාවිතය සඳහා, විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙක් විසින් නිර්දේශ කරන ලද වැඩිහිටියන් සඳහා පමණක්) நுரையீரலுடன் தொடர்புடைய நோய்- (நாள்பட்ட நுரையீரல் நோய்களால் அவதிப்படுபவர் மூச்சு விடுவதில் சிரமம் காரணமாக அன்றாட பணிகளைச் செய்ய முடியாமல் மற்றவர்களைச் சார்ந்திருப்பவர்கள் அல்லது நீண்ட காலத்திற்கு ஆக்ஸிஜன் பயன்பாடு குறித்து வைத்திய நிபுணரால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட முதியோர்களுக்கு மாத்திரம்

(f) අක්මාව අන්ත්‍රය ආශ්‍රිත රෝග/ Liver and intestinal diseases / கல்லீரல்-குடல் நோய்கள் - (එදිනෙදා කටයුතු වලදී අන් අය මත යැපෙමින් නිර්දේශිත ප්‍රතිකාර ලබමින් නිදන්ගත අක්මා අගන්‍යාස හෝ ආන්ත්‍රික රෝග වලින් පෙලෙන වැඩිහිටියන් පමණක්) கல்லீரல்-குடல் நோய்கள்- (அன்றாட நடவடிக்கைகளுக்காக மற்றவர்களைச் சார்ந்து இருக்கும் நாள்பட்ட கல்லீரல் நோய் அல்லது குடல் நோய் உள்ள முதியோர்கள் மாத்திரம்.)

(g) පූර්ණ අන්ධභාවය- Blindness (Completely Blind) /முழுமையான பார்வைக்குறைபாடு/- (පූර්ණ වශයෙන් අන්ධ භාවය සමග ශරීර දුර්වලතා නිසා එදිනෙදා කටයුතු සඳහා අන් අය මත යැපෙන වැඩිහිටියන් සඳහා පමණක්) முழுமையான பார்வைக் குறைபாடு- (முழுமையான பார்வைக் குறைபாடு உட்பட உடல் குறைபாடு காரணமாக அன்றாட நடவடிக்கைகளுக்கு மற்றவர்களைச் சார்ந்திருக்கும் முதியோர்களுக்கு மாத்திரம்.)

(h) පේශි හා හන්දි රෝග/ Musculoskeletal and joint diseases/ தசை மற்றும் மூட்டு நோய்கள் (නිදන්ගත බහුවිධ හන්දි රෝගවලින් පෙලෙන බවට රෝග විනිශ්චයක් ඇති තමන්ගේ එදිනෙදා කටයුතු වලදී පූර්ණ වශයෙන් අන් අය මත යැපෙන වැඩිහිටියන් පමණක්) தசை மற்றும் மூட்டு நோய்கள்- நாள்பட்ட பல மூட்டு நோய்களுடன் அவதியுறும் முதியோர்களும், தங்களது அன்றாட நடவடிக்கைகளுக்கு மற்றவர்களைச் சார்ந்து இருக்கும் முதியோர்கள் மாத்திரம்

(i) අංශභාගය /Paralysis / பக்கவாதம் பாரிச வாதம் (ඇඳගත හෝ තමන්ගේ කාර්යයන් සිදුකර ගැනීමට නොහැකි තත්ත්වයේ සිටී නම් පමණක්) (படுக்கையிலிருக்கும் அல்லது தமது நடவடிக்கைகளை செய்து கொள்ள முடியாத நிலைமையில் இருப்பவராயின் மாத்திரம்.

(j) මානසික රෝග - Mental Disorders/ உளநோய்கள் (එදිනෙදා කටයුතු වලදී අන් අය මත යැපෙමින්, දීර්ඝකාලීනව නිර්දේශිත ප්‍රතිකාර ලබමින් සිටින වැඩිහිටියන් සඳහා පමණක්) நாளாந்த நடவடிக்கைகளின்போது மற்றவர்களின் உதவியினை நாடும் நீண்ட கால சிகிச்சையுடன் வாழ்ந்துவரும் முதியோர்கள் மாத்திரம்.-

(k) පාද කපා ඉවත් කිරීම / legs amputated and removed - අදාළ රෝගීයා කෘත්‍රිම පාදයක් භාවිතා කළයුතු මට්ටමේ පසුවන්නේ නම් (පාදයේ වළලුකර මට්ටමට ඉහළින් පාදය ඉවත් කර ඇත්නම්) පමණක්/ நோயாளி செயற்கை மூட்டு பயன்படுத்த வேண்டிய நிலையில் இருந்தால் (கணுக்கால் மட்டத்திற்கு மேல் மூட்டு துண்டிக்கப்பட்டிருந்தால்)

❖ වෙනත් කරුණු /வேறு காரணங்கள்

.....

.....

.....

.....

වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
மருத்துவரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை

ග්‍රාම නිලධාරිගේ වාර්තාව / கிராம சேவகரின் அறிக்கை

ඉහත සඳහන් ඉල්ලුම්කරු වන, ...මයා/මිය, මා හොඳින් දන්නා, ... ග්‍රාම නිලධාරි වසමේ පදිංචි, අවුරුදු 60 සම්පූර්ණ, අඩුආදායම්ලාභී වැඩිහිටියෙකු බව මෙයින් සහතික කරමි./ மேற்குறித்த விண்ணப்பதாரியை ..... எனக்கு நன்றாகத் தெரியும் என்பதோடு ..... கிராம சேவகப் பிரிவில் வசிப்பவரும் இவ் விண்ணப்பதாரி 60 வயதினைப் பூர்த்தியானவர் என்பதோடு குறைந்த வருமானம் உடையவர் எனவும் உறுதிப் படுத்துகின்றேன்.

.....

ග්‍රාම නිලධාරි (අත්සන හා නිල මුද්‍රාව) /
கிராம சேவகர் கையொப்பம்/ (பதவி முத்திரை)

විෂය භාර නිලධාරිගේ නිර්දේශය /விடயத்திற்குப் பொறுப்பான உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை

ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු පිළිබඳව මා පෞද්ගලිකව සොයා බැලූ අතර, මෙම රෝගය හේතුවෙන් අදාළ රෝගියා හා පවුල පත්ව ඇති ආර්ථික අපහසුතා අවම කර ගැනීමට සහ ඉදිරි ප්‍රතිකාර කටයුතු සඳහා මෙම මුදල ඉතා ප්‍රයෝජනවත් වන බව හා මෙම ප්‍රතිලාභියා වෙත ආරෝග්‍යා වැඩසටහන යටතේ මීට ඉහතදී ආධාර මුදල් ලබා දී නොමැති බව සහතික කරමි/ முன்வைக்கப்பட்டிருக்கும் தகவல்கள் தனிப்பட்டமுறையில் தேடிப்பார்ப்பதோடு, சரியானதெனவும். மேற்குறிப்பிடப்பட்ட நபருக்கு மருத்துவ நிதியுதவியை வழங்குவதன் மூலம் நோயாளி மற்றும் அவரது குடும்பம் எதிர்கொண்டிருக்கும் பொருளாதார நெருக்கடியை குறைக்க முடியென்பதோடு, இந் நிதித்தொகை சிகிச்சைக்காக மிகவும் பயன்மிக்கதாக இருக்குமென பரிந்துரை செய்கிறேன்.

.....

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි / සංවර්ධන
නිලධාරි (වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) /
සමාජ සේවා නිලධාරි /
සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා)
(අත්සන හා නිල මුද්‍රාව)
முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/) சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/
அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர் (முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)
(கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை)

සහකාර ප්‍රාදේශීය ලේකම් / සහකාර අධ්‍යක්ෂ සැලසුම් /உதவிப் பிரதேச செயலாளர் / திட்டமிடல் பணிப்பாளர்

ඉහත නම් සඳහන් අයට ආධාර මුදල ලබාදීම සඳහා වන ඉල්ලීම නිර්දේශ කරමි. / නොකරමි./ மேற்குறித்த நபர் இந்த நிதி உதவியைப் பெறுவதற்குப் பொருத்தமானவர் என்பதனை அனுமதியளிக்கிறேன்/அனுமதியளிக்கவில்லை.

....

දිනය /திகதி

සහකාර ප්‍රාදේශීය ලේකම්/**සහකාර** අධ්‍යක්ෂ සැලසුම්
(අත්සන හා නිල මුද්‍රාව)
உதவிப் பிரதேச செயலாளர் கையொப்பம்/ திட்டமிடல் பணிப்பாளர்
(கையொப்பமும் பதவி முத்திரையும்)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් / பிரதேச செயலாளர்

ඉහත සඳහන් නිර්දේශ අනුව, උක්ත ආධාර මුදල ලබාදීම සඳහා වන ඉල්ලීම අනුමත කරමි./නොකරමි./ மேற்குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பரிந்துரையின் பிரகாரம் , இந்நிதி உதவியினை வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கின்றேன்./ அனுமதியளிக்கவில்லை

....

දිනය / திகதி

ප්‍රාදේශීය ලේකම්/ பிரதேச செயலாளர்
(අත්සන හා නිල මුද්‍රාව/ கையொப்பமும் பதவி முத்திரையும்)