ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය
முதியோர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

වයස අවුරුදු 60 ට වැඩි ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් උදෙසා නොමිලේ ශ්‍රවණ උපකරණ ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය
(අඩු ආදායම්ලාභීන් සඳහා) 2026
60 வயதுக்கு மேற்பட்ட சிரேஷ்ட பிரஜைகளுக்கு இலவச செவிப்பறை உபகரணம் வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம்
குறைந்த வருமானம் பெறும் நபர்களுக்கானது) 2026

1. දිස්ත්‍රික්කය/மாவட்டம் :-.....
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය/பிரதேச செயலாளர் பிரிவு :-.....
3. ග්‍රාම නිලධාරි වසම / கிராம சேவகர் பிரிவு :- .....
4. සම්පූර්ණ නම/முழுப்பெயர் :-.....
5. ලිපිනය/முகவரி :- .....
.....
6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය பால் ஆண்/பெண் :- .....
7. උපන් දිනය/பிறந்த திகதி :-

වර්ෂය ஆண்டு					මාසය மாதம்			දිනය திகதி		

8. ඉල්ලුම්කරුගේ දුරකථන අංකය/பயனாளியின் தொலைபேசி இல:-

9 .ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/தேசிய அடையாள அட்டை இல:-

වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය/முதியோர் அடையாள அட்டை இல

10. ප්‍රධාන ආදායම් මාර්ගය (මාසිකව ලැබෙන ආදායම හා ආදායම් මාර්ගය සඳහන් කරන්න) வருமானம் பெறும் வழிமுறைகள் (மாதாந்தம் கிடைக்கப்பெறும் வருமானம் மற்றும் வருமான வழிகளைக் குறிப்பிடுக)

.....

වැඩිහිටි ආධාර
முதியோர் நிதியுதவி ☐

මහජන ආධාර
பொதுசன நிதியுதவி ☐

වෙනත்
ஏனையவை ☐

අස්වැසුම ආධාර
அஸ்வசும் நிதியுதவி ☐

11. ශ්‍රවණාබාධ තත්වයට පත් වී කොපමණ කල් ද? අවු ..... මාස ..... දින .....
செவிப்புலன் பாதிப்பு நிலைமை ஏற்பட்டது எவ்வளவு காலம்? வருடம்..... மாதம்..... திகதி.....

12 . පළාත් සභාවෙන් හෝ වෙනත් ආයතන මගින් ඉහත උපකරණ ලබාගෙන ඇත්ද ? ඔව් /නැත
(ඔව් නම් එම ආයතනයේ නම සහ ලබාගත් වර්ෂය සඳහන් කරන්න)
மாகாண சபையினாலோ அல்லது வேறு நிறுவனங்களினால் மேற்கூறப்பட்ட உபகரணம் வழங்கப்பட்டதா? ஆம்/இல்லை (ஆம் எனில் அந்த நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் வருடத்தினை குறிப்பிடவும்)
.....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.

දිනය/திகதி :-..... .....
අයදුම්කරුගේ අත්සන /விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය / கிராம சேவகர் சான்றிதழ்

ඉහත සඳහන් ඉල්ලුම්කරු වන ..... මා හොඳින් දන්නා ..... ග්‍රාම නිලධාරි වසමේ පදිංචි අවුරුදු 60 සම්පූර්ණ අඩු ආදායම්ලාභියෙකු වන බව මෙයින් සහතික කරමි. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரியான .....என்பவரை நான் நன்றாக அறிந்துள்ளேன் என்றும், அவர்.....கிராம சேவகர் பிரிவில் வசிக்கும் 60 வயதிற்கு மேற்பட்டவரெனவும், குறைந்த வருமானம் உடையவர் எனவும் என்பதனை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....

ග්‍රාම නිලධාරි / கிராம சேவகர்

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි(වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) /සමාජ සේවා නිලධාරි /සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා) නිර්දේශය :- முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/ பரிந்துரை

ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු නිවැරදිය. නිර්දේශය සඳහා ඉදිරිපත් කරමි.
முன்வைக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை எனவும், பரிந்துரைக்காக சமர்ப்பிக்கின்றேன்.

.....

වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි (වැඩිහිටි හිමිකම් ප්‍රවර්ධන) සමාජ සේවා නිලධාරි/ සංවර්ධන නිලධාරි (සමාජ සේවා) / முதியோர் உரிமைகள மேம்பாட்டு உத்தியோகத்தர்/ சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்(முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாடு)/சமூக .

ප්‍රාදේශීය ලේකම්/பிரதேச செயலாளர்

ඉහත නම් සඳහන් අයට ශ්‍රවණ උපකරණ ලබාදීම නිර්දේශ කරමි.
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவருக்கு செவிப்பறை உபகரணம் வழங்குவதற்கு சிபார்சு செய்கிறேன்.

.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන හා නිලමුද්‍රාව
பிரதேச செயலாளர் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை

<u>Doctor / Audiology recommendation for hearing aid</u>

1. Name of patient: ……
2. Age: ……
3. Doctor/ Audiology Recommendation: -

   ……

4. Name of the Doctor / Audiology Signature with rubber stamp: -

   ……

ලිපිනය : 2 වන මහල, D කොටස, සෙත්සිරිපාය - දෙවන අදියර, බත්තරමුල්ල.	දුරකථන / தொலைபேசி/ **Telephone:**
முகவரி : **2ஆம் மாடி,தொகுதி D,செத்சிறிபாய-கட்டம் II,பத்திரமுல்லை**	අධ්‍යක්ෂ / பணிப்பாளர் / **Director** : 0112187045
Address : 2nd Floor,Block D, Sethsiripaya- II Stage, Baththaramulla.	කාර්යාලය / அலுவலகம் / **Office**
ඊ-මේල්/ ஈ-மெயில்/ **E-mail : nsemss@gmail.com**	**සංවර්ධන අංශය** : 011 2054164
ෆැක්ස්/ பெக்ஸ் / **Fax** : 0112187015	