

**"නැවරු සවය" (නාවික සුවසහන අරමුදල) වන්දි ඉල්ලුම් පත්‍රය.**

**I කොටස**

වන්දි අයදුම්පත්‍රය සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වන උපදෙස් සහ ලිපි ලේඛන සඳහා පසුපිට බලන්න.							
ඔබගේ නිමකම අදාළවන කොටුව තුළ (✓) යොදන්න							
ගලපකර්ම  <input type="checkbox"/>	සාමාන්‍ය රෝග  <input type="checkbox"/>	දුබලතා  <input type="checkbox"/>	බරපතල රෝග  <input type="checkbox"/>	මරණ වන්දි  <input type="checkbox"/>	අවමංගලනාධාර  <input type="checkbox"/>	බාහිර වෛද්‍ය පරීක්ෂණ  <input type="checkbox"/>	සාමාජිකයා <input type="checkbox"/> කලතූයා <input type="checkbox"/> දියණිය <input type="checkbox"/> පුතණුවන් <input type="checkbox"/>
ප්‍රවීකාර ගනු ලැබූ රෝහල :- රාජ්‍ය <input type="checkbox"/> පෞද්ගලික <input type="checkbox"/> අර්ධ රාජ්‍ය <input type="checkbox"/>							

1. සාමාජිකයාගේ නම :- .....
2. නිල අංකය :- .....
3. නිලය/තරාතිරම :- .....
4. වන්දි නිමකම ලබන පුද්ගලයාගේ නම/වයස :- .....
5. ප්‍රධාන සාමාජිකයාට ඇති ඥාති සබඳතාව :- .....
6. රෝගියා ඇතුලත් කළ රෝහල සහ එහි ලිපිනය :- .....
7. රෝහල් ගතවීමේදී.  
 අ රෝහලට ඇතුලත් කළ දිනය :- .....  
 ආ රෝහලෙන් පිටවූ දිනය :- .....
8. රෝගයේ (ගලපකර්මයේ/දුබලතාවයේ/සාමාන්‍ය රෝගයේ/ බරපතල රෝගයේ/බාහිර වෛද්‍ය පරීක්ෂණයේ) ස්වභාවය :-  
 .....
9. මෙම රෝගී තත්වය වෛද්‍යවරයකු වෙත මුලින්ම වාර්තා කළේ කවදාද :- .....
10. රෝග නිශ්චය/වෛද්‍ය පරීක්ෂණය නිර්දේශ කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම ලිපිනය සහ දුරකථන අංකය:-  
 .....
11. සාමාජිකයාගේ බැංකු ගිණුම් පිළිබඳ විස්තරය :- (සහතික කරන ලද ජායාස්ථික පිටපතක් අමුණන්න)  
 බැංකුවේ නම :- ..... ගාබාව :-.....  
 ගිණුම් අංකය :-
12. සාමාජිකයාගේ දුරකථන අංකය :- .....
13. **වන්දි අයදුම මරණ හෝ අවමංගලනාධාරයක් නම්**
  1. මියගිය පුද්ගලයාගේ සම්පූර්ණ නම :- .....

2. මයගිය පුද්ගලයාට ඇති ඥාති සබඳතාවය :- .....
3. මයගිය පුද්ගලයාගේ උපන් දිනය :- මයගිය දිනය :-  

අවු	මස	දින	අවු	මස	දින
□□□□	□□	□□	□□□□	□□	□□
4. මයගිය පුද්ගලයා පදිංචිව සිටි ලිපිනය:- .....
6. මරණ වන්දි නිමකම ලබන පුද්ගලයාගේ ලිපිනය :- .....
7. මරණ වන්දි නිමකම ලබන පුද්ගලයාගේ ජාතික/නාවික :- .....
8. මරණයට හේතුව :- .....
9. මරණ සහතිකය මේ සමග අමුණා ඇත/නැත :- .....

## II කොටස

(වෛද්‍යවරයා විසින් පිරවිය යුතු මෙම කොටස මරණ වන්දි සඳහා අදාළ නොවේ)

### Should be filled by the Specialist/ Surgeon of the Patient

1. Name of the Patient :-.....
2. Date reported by the Patient regarding this Disease :- .....
3. Diagnosis of Disease :-.....
4. Date of Admission: - .....
5. Date of Discharge :- .....
6. Name of the Doctor :- .....

I hereby certify that I am specialist / Surgeon of the above named patient and approve submission with regard to this claim.

Date :- .....

.....  
Signature of Specialist/Surgeon  
(Rubber Stamp)

ඉහත සඳහන් සියළුම තොරතුරු මා දන්නා තරමින් නිවැරදි බවට සහතික වෙමි. තවද අසත්‍ය තොරතුරු ඉදිරිපත් කිරීම වන්දි අහිමි වීමට මෙන්ම මාහට එරෙහිව විනයානුකූලව කටයුතු කරනු ලැබීමට හේතුවක් වන බව දනිමි.

දිනය :-.....

.....  
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

**III කොටස**

**අංශභාර නිලධාරියෙහි නිර්දේශය (නාවකයින් සඳහා පමණි)**

නිල අංක ..... දරණ ..... (තරාතිරම - .....  
..... (නම) ගේ/කලත්‍රයාගේ/දරුවාගේ ගලපකර්මය/දුබලතාවය/සාමාන්‍ය රෝගය/  
බරපතල රෝගය/බාහිර වෛද්‍ය පරීක්ෂණය/ මරණ වන්දි/ අවමංගල්‍යාධාර වෙනුවෙන් "නැවරු සවය" වන්දි  
ඉල්ලුම් පත්‍රය පරීක්ෂා කර බලන ලද අතර, එහි I කොටසෙහි අංක 1 - 5 දක්වා තොරතුරු නාවකයාගේ  
සේවා සහතිකය සහ ආයතනයේ පවත්නා නාස 8 ආකෘතිපත්‍රයට අනුව නිවැරදි බවට සහතික කෙරේ.

ඔහුගේ/ඇයගේ සේවා කාලය තුළ ..... සිට ..... දක්වා නොපැමිණි නාවකයකු  
වශයෙන් සටහන් කර ඇත/නැත

අණදෙන නිලධාරියෙහි නිර්දේශය සඳහා ඉදිරිපත් කෙරේ.

දිනය :- .....  
.....  
අත්සන (නිල මුද්‍රාව සහිතව)

**අණදෙන නිලධාරියෙහි නිර්දේශය**

ඉහත සඳහන් නාවක පුද්ගලයාගේ නිසි ලෙස සම්පූර්ණ කරන ලද "නැවරු සවය" (නාවක සුවසහන)  
අරමුදලේ වන්දි අයදුම්පත්‍රය නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කෙරේ.

දිනය :- .....  
.....  
අත්සන (නිල මුද්‍රාව සහිතව)

ව්‍යවස්ථාවෙහි අඩංගු සියලු කරුණු වලට එකඟව අදාළ ප්‍රේෂණපත් අංක .....  
මගින් රු ..... ක මුදලක් ලබාගත් බවත්, ලිඛිතව හෝ වාචකව විරෝධතාවයක් ඉදිරිපත්  
නොකරන බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

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

**IV කොටස**

**"නැවරු සවය" කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි**

I, II සහ III වන කොටස් වල දක්වා ඇති කරුණු සම්පූර්ණ කර ඇති/නැති බව සහතික කරමි.

සාමාජික අංක ..... දරණ .....  
..... ගලපකර්ම ආවරණය වෙනුවෙන් ලබාදෙන වන්දිය වන  
රු. .... ක මුදල අංක ..... දරණ ප්‍රේෂණ පත මගින්  
..... දින නිසි පරිදි භාර දුනිමි.

දිනය :-.....  
.....  
මූල්‍ය කළමණාකාර /සහකාර මූල්‍ය කළමණාකාර

➤ **අයදුම්පත් සම්පූර්ණ කිරීමට අදාළ උපදෙස් හා අවශ්‍ය ලිපිලේඛණ**

(අයදුම්පත සමග මෙම උපදෙස් පත්‍රිකාව ඉදිරිපත් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ)

- ❖ **ගලප්පාය ආවරණය**
  01. සහතික කරන ලද රෝග නිශ්චයපතෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය. (බිරිඳගේ/දරුවාගේ ගලප්පායක් නම් පමණක්)
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය. (දරුවන්ගේ ගලප්පායක් නම් පමණක්)
  04. පෞද්ගලික රෝහලක නම් බිල්පත්හි මුල් පිටපත.
- ❖ **සාමාන්‍ය රෝග**
  01. සහතික කරන ලද රෝග නිශ්චයපතෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය. (බිරිඳගේ/දරුවාගේ රෝගී තත්වයක් නම් පමණක්)
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය. (දරුවන්ගේ රෝගී තත්වයක් නම් පමණක්)
  04. පෞද්ගලික රෝහලක නම් බිල්පත්හි මුල් පිටපත.
- ❖ **දුබලතා**
  01. සහතික කරන ලද රෝග නිශ්චයපතෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය. (බිරිඳගේ/දරුවාගේ අර්ධ දුබලතාවයක් නම් පමණක්)
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය. (දරුවන්ගේ අර්ධ දුබලතාවයක් නම් පමණක්)
  04. පෞද්ගලික රෝහලක නම් බිල්පත්හි මුල් පිටපත.
- ❖ **බරපතල රෝග**
  01. සහතික කරන ලද රෝග නිශ්චයපතෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය. (බිරිඳගේ/දරුවාගේ බරපතල රෝග තත්වයක් නම් පමණක්)
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය. (දරුවන්ගේ බරපතල රෝග තත්වයක් නම් පමණක්)
  04. පෞද්ගලික රෝහලක නම් බිල්පත්හි මුල් පිටපත.
- ❖ **මරණ වන්දි**
  01. සහතික කරන ලද මරණ සහතිකයෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය.
  03. නාවක පුද්ගලයාගේ සහ බිරිඳගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් වල සහතික කරන ලද පිටපත්.
  04. මරණය සැක සහිත නම් පශ්චාත් මරණ සහතිකය.
  05. නාවකයාගේ යැපෙන්නන් පිළිබඳව ග්‍රාම නිලධාරී වෙතින් ලබාගත් ප්‍රාදේශීය ලේකම් විසින් සහතික කරන ලද ලිපිය සහ වන්දි නිමකම් ලබන පුද්ගලයින්ගේ බැංකු ගිණුම්වල සහතික කරන ලද ජායාස්ථික පිටපත්.
- ❖ **අවමංගලනාධාර**
  01. සහතික කරන ලද මරණ සහතිකයෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය.
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය.
- ❖ **බාහිර වෛද්‍ය පරීක්ෂණ**
  01. සහතික කරන ලද රෝග නිශ්චයපතෙහි පිටපත.
  02. සහතික කරන ලද විවාහ සහතිකය. (බිරිඳගේ/දරුවාගේ වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් නම් පමණක්)
  03. සහතික කරන ලද දරුවාගේ උප්පැන්න සහතිකය. (දරුවන්ගේ වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් නම් පමණක්)
  04. පෞද්ගලික රෝහලක නම් බිල්පත්හි මුල් පිටපත.

➤ **නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරන ලද වන්දි අයදුම්පත් සමග අවශ්‍ය ලිපි ලේඛණ රෝහලින් පිටවී දින 90 ක් තුළ ඉදිරිපත් කළ යුතුය. එමෙන්ම රු. 60,000.00 ට අඩු ජ්‍යෙෂ්ඨතා සහ සාමාජිකයින්ගේ ගිණුම් වෙත බැර කිරීමට කටයුතු කරන බැවින් බැංකු පොතෙහි අංකය සහිත කොටසෙහි සහතික කරන ලද ජායාස්ථික පිටපතක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.**