

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ තොරතුරු நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
අවු.50 අවු 05 වයසிற்கු	පාසල් යන பாடசாலை செல்வோர்	රැකියා කරන தொழில் புரிவோர்	වෙනත් பிற

3 1. வகுவெட்டு ரொடெய் ஈகி வு காலெயென் பஈ ருடெரெய் பெரெபெடி கெரெம ஈரெம கெ
செருநெரெக நெய் ஏற்பட்ட காலத்தென் பென்னெரு குருதியெனைச் சத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பெக்கப்பட்ட தெனம்

வி.க.(இணைப்பு 2 படிவத்திற்கு அமைய) சிறுநீரக நோயாளி என்பதனை உறுதிப்படுத்தும் மருத்துவ அறிக்கையினை இணைக்கவும்.

5. ஓல திடடாரீனீ திரீடீடீ/ திராம ஁த்தியோகத்தரின பரிந்துரை

.....தி படிவி

஡தா / ஡தன்மீட / ஡தனமீட ஡஡ ஡ோடீ஡லீகவ ஡தூதன ஡வன் ஡து / ஡ட ஡து ஡ாடாடீலா஡ீ பபுலக
஡ா஡ீக ஡ட ஡வன் ஡து஡ு ரோ஡டீன் ஡ேலேத ஡வன், ஡தன் ஡ா.லீ. காரீடாடீகின் ஡ே஡ ஡டார ஡ுடல ஓலீலா
தோ஡ுதி ஡வன் ஡ே஡ ஡ுடல ஡து / ஡ட ஡ு ஡ாடீ஡ ஡ுடது ஡வன் ஡ேடீன் திரீடீடீ கர ஡ீ஡ீ.

.....என்ற ஡ுடத்தில் வசிக்கின்ற
திரு/திருமதி/செல்வி.....஡வர்களை நான் தனிப்பட்ட முறையில்
஡றிவேன் எனவும் ஡வர் குறைந்த வருமானத்தைக் கொண்ட குடும்பத்தவர் எனவும் சிறுநீரக நோயினால்
பீடக்கப்பட்ட ஓருவர் எனவும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக ஡வ்வுதவிப் பணத்தினைப் பெறுவதற்கு
வேண்டுகோள் ஡துவும் முன்வைக்கப்படவில்லை எனவும் மற்றும் ஡ப்பணம் ஡வன்/஡வளுக்கு வழங்குவது
பொருத்தமானது எனவும் ஡த்தால் பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....
டிதட/திததி

.....
஡ன்஡ ஡ா திட ஡ுடா஡ /
கையொப்பமும் ஡ிறப்பர் முத்திரையும்

6. ஡஡ா ஡ேலா திடடாரீ / ஡஡ா ஡஁வரீதன திடடாரீ / ஡஁வரீதன திடடாரீ ஡ீ ஡ாரீகாவ
சமுகசேவை ஁த்தியோகத்தர் /சமுக ஡பிவிருத்தி ஁த்தியோகத்தர் /஡பிவிருத்தி ஁த்தியோகத்தரின ஡றிக்கை

.....லீபினடீதி படிவி

..... ஡தா / ஡தன்மீட / ஡தனமீட ஡து ஡ாடாடீலா஡ீ. ஡ே஡ ஡து஡ு ரோ஡டார ஡ுடல ஡து / ஡ட ஡ு
஡ாடீ஡ ஡ுடது ஡வ ஡ேடீன் திரீடீடீ கர ஡ீ஡ீ.

.....என்ற ஡ுடத்தில் வசிக்கின்ற
திரு/திருமதி/செல்வி஡வர்கள் குறைந்த
வருமானம் பெறும் ஓருவர். ஡ந்த சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை
஡வன் / ஡வளுக்கு வழங்குதல் பொருத்தமானது என ஡த்தால் பரிந்துரை
செய்கின்றேன்

டிதட / திததி

.....

஡ன்஡ / கையொப்பம்

(஡.஡ீ.தி/஡.஡.஡./஡.஡.தி.தி ஡ுடா஡ ஡஁ன்/
ச.சே.஁/ச.஁.஁/஁.஁ ஡ிறப்பர் முத்திரை பதியவும்)

7. ஡ாடீடீ ஡ேக஡ீனீ திரீடீடீ/பிரதேச செயலாளரின பரிந்துரை

஡ே஡ ஡து஡ு ரோ஡டார ஡ுடல ஡து / ஡ட ஡ு ஡ாடீ஡ திரீடீடீ கர஡ீ.
஡ந்த சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை ஡வன் /஡வளுக்கு வழங்குவதைப் பரிந்துரை
செய்கின்றேன்.

டிதட/திததி -

.....
஡ன்஡ / ஓப்பம்

(஡ாடீடீ ஡ேக஡ீ திட ஡ுடா஡ /
பி.செ செயலாளரின ஡ிறப்பர் முத்திரை)

Serial Number

**MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE
MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT**

1. Name of Patient:
(රෝගියාගේ නම)
2. Age :
(වයස)
3. Sex :
(ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය)
4. Address :
(ලිපිනය)
5. Name of Clinic / Hospital:
(සායනයේ / රෝහලේ නම)

Ward No:
(වාට්ටු අංකය)

Clinic No:
(සායන අංකය)

I hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance Through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the Last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any Circumstances .

මා වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වකුගඩු රෝගාධාර ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient / රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to Certify that Rev./Mr./Mrs./Missofis suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/outdoor patient .

6 A. eGFR

6 B. Displaying patients

YES	NO
-----	----

Dialyzing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:

Date:

.....

Nephrologists/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologists/ Consultant V.P. has diagnosed him/her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)

