



பிராப்திக கர்லானக சக சலாச சபிவெருன்வீதி அலாநகாண்ட
ஆரம்பக கைத்தொழில் மற்றும் சமூக வலுவூட்டல் அமைச்சு



அலாபி சகித பூத்டுலுடன் ஸ்டலா பூ சாகிக லகலேகதி கார்டாலு
அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கான தேசிய செயலகம்

வகுவபு ரேகி பூத்டுலுடன் ஸ்டலா ரூ.5000/- க லாசிக சீலநாடார் லலா டீல.

சிறுநீரக நோயினைக் கொண்ட நோயாளர்களுக்கு மாதாந்தம் ரூபா. 5000/- வழங்குதல்

பூ/லே பூபூவலா அலக
பி.செ முன்னுரிமைப்பட்டியல் இலக்கம்

(கார்டாலு பூயேச்சலா ஸ்டலா)
அலுவலக உபயோகத்திற்கு மாத்திரம்

A.கோபச/தொகுதி

டிசுதிக்கல :
மாவட்டம்

பூ/லே.கார்டாலு :
பி.செ. அலுவலகம்

பூ.கி. வலக லா அலக /கி.உ.தொகுதி மற்றும் பிரிவு :

1. வகுவபு ரேகலுடன் பாலேன பூத்டுலுடன் பிபிவெருன்வீதி :
சிறுநீரக நோயினால் வருந்தும் நபர் தொடர்பான தகவல்கள்

1. ஸ்டபூர்சு லல/ முழுப் பெயர் :

2. கலுபூபுடன் அலக / தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :

3. லபன் டிலா/ பிறந்த திகதி:

4. வல/ வயது :

ஸ்டி/பூர்சு லால/பெண்/ஆண் பாகுபாடு:

5. லிலல/ முகவரி:

6. டூகலர் அலக/ தொலைபேசி இலக்கம் :

(லலன் ஸலு வலலகலித பபுலே லலன் லலல டலல்டுலுடன் டூகலர் அலக ஸ்டலன் லலலன்.)

(தங்களிடம் இல்லையாயின் குடும்பத்தின் அல்லது நெருங்கிய அயலவர்களின் தொலைபேசி

இலக்கத்தினைக் குறிப்பிடவும்.)

2. பபுலே லலலன் (அ) குடும்ப தகவல்கள்

லல/ பெயர்	ரேகலால டுலி லுடலுல நோயாளருக்குள்ள உறவு முறை	லபன் டிலா பிறந்த திகதி	ஸ்டி/பூர்சு பெண்/ ஆண்	லலலக/ டிலலலக திருமணமாலவர்/ திருமணமாகாதவர்

(ஈ)

ரேடியோ கேள்விகள் தோரතුர் - நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
அடி.50 அடி- 05 வயதிற்கு	பாடல் யத பாடசாலை	டகிய கரத தொழில்	வெதன் பிற

B.கோவ/தொகுதி

3. 1. வகுவடி ரேயெ அகி பூ காலயென் பஃ ருடிரெ பிபெதூ கிரெ ஈரமக கல

சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சுத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

வர்க்க/வருடம்

மாய/ மாதம்

தெய/ தினம்

2. புகிஈர லொனனாரேயெ - சிகிச்சை பெற்று வரும் வைத்தியசாலை

3. ஓல்டூஈகரூவ லூவி அகி ஈடார ஈத டூனவ லூவென ஈடார (ரூய ஈ ரூய ஈவென ஈஃபிஈனவெலென் லூவென பூடெலென்
ஈ டூவெலென்) விண்ணப்பதாரருக்கு கிடைக்கப் பெற்ற உதவிகள் மற்றும் தற்போது கிடைக்கப்பெறும் உதவிகள்
(அரசு மற்றும் அரசு சார்பற்ற அமைப்புகளிலிருந்து கிடைக்கப் பெறும் பணம் மற்றும் பொருள் புண்ட வடிவில்)

I. பூல ஈடார (ரூபெல)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -

II. ஈஈஈஈ ஈஃவென/அங்கவென வாழ்வாதார உதவி-

II. டூவ ஈடார/ பொருள்சார் உதவி -

மெ வகுவடி ரேயெயென் பௌலெனனகூ வெ ட ஓதத ஈததன் தோரதுர் திவூரடி வெவன் வெதன் பூடெலெய
லேகூஈ காரூயலெகின் மெஃ ஈடாரய ஈததா ஓல்டூஈ தோகல வெவன் மெகின் பூகாஈ கர கிரூஈ.
நான் சிறுநீரக நோயினால் பீடிக்கப்பட்ட ஓருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது
என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வுதவிக்கான வேண்டுகோளினை
முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

தெய/ திகதி

ரேடியோ கேள்விகள்/நோயாளியின் ஓப்பம்

ஈ.பூ அபூஈஈ 2 ஈஈஈஈஈ ஈஈவ வகுவடி ரேயெயென வெ ததபூர் கெரென வெடென திரடெலெ அபூஈ கிரூஈ பூதூ.

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

4. ஸ்ரீ கிருஷ்ணன் கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை

[illegible]

திருத்திரமுதிசெல்வி.....என்ற இடத்தில் வசிக்கின்ற அவர்களை நான் தனிப்பட்ட முறையில் அறிவேன் எனவும் அவர்/அவளின் மாதாந்த வருமானம் ரூபா.3000/- ஐ விடக் குறைவானது எனவும் நீண்ட காலமாகத் சிறுநீரக நோயினால் பீடிக்கப்பட்ட ஒருவர் எனவும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வதவிப் பணத்தினைப் பெறுவதற்கு வேண்டுகோள் எதுவும் முன்வைக்கப்படவில்லை எனவும் மற்றும் இப்பணம் அவன்/அவளுக்கு வழங்குவது பொருத்தமானது எனவும் இத்தால் பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

பேராய/திகதி

அனீசா காதலி மூலம் /
கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்

5. ஸமாப் ஷெலா திடொரி வார்வை / சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்கை

..... ලිපිනයෙහි
පදිංචි..... මහතා/ මහත්මිය/ මෙනවිය අඩු ආදායම්ලාභිය. මෙම චක්‍රලේඛය රෝගාධාර මුදල
ඔහුට/ ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.
.....
.....

வசிக்கின்ற திருதிருமதி/செல்வி என்ற இடத்தில்
குறைந்த வருமானம் பெறும் ஒருவர் இந்த தீராத சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப்
பணத்தினை அவன்/அவளுக்கு வழங்குதல் பொருத்தமானது என இத்தால்
பரிந்துரை செய்கின்றேன்

பெயர் / திகதி

தனிகை / கையொப்பம்

(ச.சே.தி/ச.கா.வ./கா.நி.சி) மூலம் கிடைத்த/
ச.சே.உ/ச.அ.உ/அ.உ இறப்பர் முத்திரை பதியவும்)

6. பூதேயிய லேகலிதே திர்தேயச/பிரேதச சேயலாளர் பரிந்துரை

இந்த சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை அவன் /அவளுக்கு வழங்குவதைப் பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

பெயர்/திகதி :

අත්සන/ඉටුපා

(பாடேளிய டேக்கம் திட வுடாவ /
பி.செ.செயலாளரின் இறப்பர் முத்திரை)

ඇමුණුම -

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./Miss.....of
.....is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this
institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients

YES	NO
-----	----

Dialysing commenced on

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

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

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.