

ஓப்சர் பஸ்டர் ஸாபீ ஸீலா டேபார்ட்மென்டுவ்
மேல் மாகாண சமூக சேவைகள் திணைக்களம்
ஸாபீ ஸீலா ஃபாடர் (பிளேஸிங் ஃபிஸ்டர்/ஃபிஸ்டர்)
சமூகசேவை உதவி (விசேட சந்தர்ப்பம்/பலவீன சந்தர்ப்பம்)
ஒரீஜினல் பிளேஸிங் லாபீஸ்டர்
கோரல் டொடர்பான அறிக்கை

ஓ:ப:ஃ:பி:பி: (1)
மே:மா.ச.சே.வி. (1)

ஓபரேஷனல் ஃபைலு
அட்டவணை இலக்கம்

1. டிப்டிகேட்டர் /மாவட்டம் :-

2. ஓரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:- 3. ஓரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
பிரதேசச் செயலாளர் பிரிவு கிராம சேவையாளர் பிரிவு

4. ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
விண்ணப்பிக்கவிருக்கும் உதவி :-

5. ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
விண்ணப்பதாரியின் பெயர் :-

6. ஓரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
பாதுகாவலர் (தாய்/தந்தை/ஏனைய உறவினர்) இருந்தால் அவர் பற்றிய பெயர் :-

7. ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
விண்ணப்பதாரிக்கு அல்லது பாதுகாவலருக்கு கடிதம் கிடைக்கும் முகவரி :-

8. ஓபரேஷனல்/பிளேஸிங்/பெரோனல் ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன் பணம் டெஸ்டிஃபிகேஷன் டெஸ்டிஃபிகேஷன்
உபகரணம் /போசாக்கு உதவி /வைத்திய உதவி கோரல் டொடர்பாக மட்டும் கீழ்வரும் பகுதியை பூரணப்படுத்தவும்.

8.1 ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்/பெரோனல் ஆணை/பெண்ணை:- 8.2 ஓபரேஷனல்:- 8.3 பிளேஸிங்:-
விண்ணப்பதாரி ஆணை/பெண்ணை:- பிறந்த திகதி:- வயது:-

8.4 பிளேஸிங் / ஃபிளேஸிங் ஓபரேஷனல்:- 8.5 ஓபரேஷனல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
திருமணமானவர/திருமணவாகாதவர:- பிள்ளைகள் இருந்தால் தொகை:-

8.6 ஃபிளேஸிங் ஓபரேஷனல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்:-
பலவீனத்தன்மை அல்லது நோய்த்தன்மை :-

8.7 ஓபரேஷனல் ஃபைலு:-
அடையாள அட்டை இலக்கம்:-

(ஃபிளேஸிங் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்)
(ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்)

09. ஒரேஜினல் டெஸ்டிஃபிகேஷன்/பெரோனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்
விண்ணப்பதாரி அல்லது குடும்பத்தில் வேறு எவராவது மக்கள் உதவி, சமுத்திர உதவி பெறுகிறார்களா? ஓபரேஷனல்/ஓபரேஷனல்
ஆம்/இல்லை

10. ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்
பெறுபவரின் உதவி பெறுபவர் பெறுகின்ற பணத்தொகை மற்றும் அட்டை இலக்கம்:-

11. ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்
குடும்பத்தில் மொத்த மாதாந்த வருமானம்:-

ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்
மேல் என்னால் குறிப்பிட்ட விடயம் எனது அறிவுக்கு ஏற்ப சரியானதென அத்தாட்சிப்படுத்துகின்றேன்.

ஓபரேஷனல்/திருத்த:-

ஒரேஜினல்/ஓபரேஷனல்/ஓபரேஷனல்
விண்ணப்பதாரி/தாய்/தந்தை/பாதுகாவலர்

ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல் ஓபரேஷனல்
வயது குறைந்த பிள்ளைகள் ஒன்றியமற்றியாதவர்கள் இருந்தால் அவருக்குப் பதிலாக தாய்/தந்தை அல்லது பாதுகாவலர் கையொப்பமிடல் வேண்டும்.

Medical Report

Director of Social Services (W.P.) / Divisional Secretary

Name :-

Age :-

The above named person was examined by me on
 (date) and diagnosed him/ her suffering from (disability / illness).

I will recommend him / her an artificial lower limb / artificial upper limb / caliper shoes / white cane / walking stick / pair of crutches / forearm crutches / eye lens / folding wheel chair / wheel chair with a commode / special wheel chair / tricycle / spectacles / hearing aid / braille machine / walker / hydro mattress / air mattress / financial aid.

 Date

 Doctor's signature and seal

Note :- A person certified as a low income person by the Grama Niladari of the living area is eligible for the above facility.