The surgery / treatment has been performed	
The surgery / treatment has not been performed	

File No :

Date : | Y | Y | Y | Y | | M | M | | D | D |

For Office use

Application for Medical Assistance from the President's Fund for Medical Treatments

Please read the instructions before completing this application

Part 01 – Information of the Patient

01. Full Name of the Patient (in Sinhala) : පූජ්‍ය/………………………………………………………………

……………………………………………………………………… පූජක/මයා/මිය/මෙනවිය/දරුවා/දැරිය

02. Full Name of the Patient (in English): Rev./Ven./Mr./Mrs./Miss./Baby/Mast ....

....

03. National Identity Card No: ....

04. Gender: .... 05. Date of Birth : | Y | Y | Y | Y | | M | M | | D | D | 06. Age: | | |

07. Address: ....

....

08. Email: ....

09. Telephone No. : I. .... I I. ....

10. Surgery/ Treatment: ....

11. Hospital/Institution where treatment was performed or is to be performed: ....

....

12. The date on which the surgery was performed/ scheduled to be performed: ....

13. Have you previously obtained financial assistance from the President's Fund? Yes / No

14. If yes: I. File Number: ……….……. II. Amount received: …………… III. Year: ………………....

15. Tax details if you or any of your family members pay income tax.

I. Name: ………………………………….. II. Tax File no: ……………..………………………..

Part 02 - Details of the Applicant (Where Applicant is NOT the Patient)

01. Full name: ....

....

02. NIC Number: ....

03. Address: ....

....

04. Telephone No: ....

05. Relationship to the patient: .... (Mother, father, spouse, son, daughter, brother, etc.)

Part 03 - Particulars of Expenses

Estimated cost for the surgery / Amount spent (final bill value)/	Rs.

Source or Expected Source of Funding for Surgery/Treatment

I.	Employees' Trust Fund (ETF)	Rs.
II.	National Insurance Trust Fund (NITF)	Rs.
III.	Contribution received from the employer / work place	Rs.
IV.	Claims Received or Receivable from Insurance Entities	Rs.
V.	Donations from Individuals or Institutions	Rs.
VI.	Proceeds from Mortgages (Gold/ land/ Vehicles..)	Rs.
VII.	Funds Borrowed / To be Borrowed	Rs.
VIII.	Personal Expenditure incurred or the amount that can be spent	Rs.
IX.	Expected assistance from the President’s Fund	Rs.

N.B.- Please note that if the surgery is completed, the sources of all funds raised should be clearly indicated in the table provided above. Specifically, all receipts should correspond to the final billed amount.

Part 04 - Information Pertaining to Savings, Fixed Deposits, and Current Accounts

(All bank statements of the patient, spouse and unmarried children for the last three (03) months preceding the surgery should be submitted. If the applicant is unmarried, the bank statements of the parents and unmarried siblings should be submitted.)

Savings Accounts			
Name of the account holder	Name of the Bank / Financial Institution	Account Number	Balance
Fixed Deposit accounts/ Current Accounts			
Details of movable/ immovable property and other investments (Shares or other long term and short term investments)			

I certify that the above information is correct and true.

....

Patient's signature Applicant's signature

Date : ....

Part 05 - Affidavit

Patient's affidavit to be certified by the Grama Niladhari
as Ex- Officio Justice of the Peace

I, ...

.... (Name), holder of National Identity Card No. ...., and residing at ..

....

.... (Address), being a Buddhist / Christian / Catholic / Hindu / Islam, having provided the foregoing information in my application for financial assistance from the President's Fund, do hereby solemnly, sincerely and truly affirm and declare/swear as follows:

That I am the declarant above-named. And in this Application,

I. That I have disclosed in this application my personal details including the particulars of my spouse, as well as those of my unmarried and married children. I am fully aware that any false or incomplete information will render my application liable for rejection.

II. That I have submitted all details of bank accounts and salary particulars of my spouse and unmarried children, together with the relevant bank statements for the preceding three (03) months. I understand that failure to provide accurate or complete information will render my application liable for rejection.

III. That I have disclosed all financial assistance (in the form of insurance, loans, donations, etc.) received from external institutions or individuals in relation to the medical treatment / surgery. I am aware that providing false or incomplete information will render this application liable for rejection.

IV. IV. That I am fully aware that I am under an obligation to furnish true and accurate information regarding the income and other relevant particulars of myself and my family members, and that I shall be liable to legal action in the event such information is found to be false or incomplete.

V. That I hereby declare that I am fully aware that my application shall be subject to the criteria imposed and approved by the Board of Governors of the President’s Fund.

VI. That I hereby declare that I agree to any legal or other appropriate action to be taken against me in the event of submitting false information or forged documents.

Affix a stamp of Rs. 50.00 and place the signature of the declarant.

I hereby certify that the declarant above-named signed this affidavit in my presence at ....
................(place), having read over and explained the contents of the foregoing affidavit to the declarant, who appeared to fully understand the same and placed his/her signature in my presence.

Date: ....

Signature and Official Seal of the
Grama Niladhari (Ex- Officio Justice of the Peace)

N.B. - If the affidavit is signed before the Grama Niladhari, the Rs. 50/= stamp is not required. However, if the patient is not in a health condition suitable to sign the affidavit, the patient’s next of kin (spouse, child, or parent) may submit the affidavit, revised as appropriate.

Part-06 – Report of the Divisional Secretary

The following table should be completed by the Grama Niladhari
(in the Division where the patient permanently resides):

Details of the Patient's Household Unit
(Including Information of the Patient/ Spouse/Unmarried and Married Children)

Relationship to the Patient	Name	ID card Number	Marital Status	Sources of Income (Occupation/ Business/ Studentship and other)	Monthly Income
Patient					
Spouse					

If the patient is unmarried, provide the details of parents and siblings.
If an individual has more than one source of income, each source should be specified separately (e.g., pension, bank interest, rental income, etc.)

Recommendation of Grama Niladhari

I hereby certify that the particulars furnished by the applicant in sections 01 to 04 of the application form, as well as the information provided by me in section 06 are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Remarks: ....

Date: ....
Signature and Official Seal
of the Grama Niladhari

Recommendation of Divisional Secretary

I hereby recommend / do not recommend the granting of financial assistance from the President's Fund, based on the certification provided by the Grama Niladhari.

Remarks: ....

Date: ....
Signature and Official Seal
of the Divisional Secretary

සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සිදුකර ඇත	
සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සිදුකර නැත	

ගොනු අංකය :

දිනය : | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D |

කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

ජනාධිපති අරමුදලින් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා වෛද්‍යාධාර ඉල්ලුම් කිරීම

අයදුම්පත පිරවීමට පෙර උපදෙස් පත්‍රිකාව කියවන්න

01 කොටස - රෝගියාගේ තොරතුරු

01. රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම සිංහලෙන් :..

.... (පූජ්‍ය/පූජක/මයා/මිය/මෙනවිය/දරුවා/දැරිය)

02. රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම ඉංග්‍රීසියෙන් : Rev/Ven/Mr/Mrs/Miss/Baby/Mast ....

....

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : ....

04. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය : .... 05. උපන් දිනය : | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D | 06. වයස : | | |

07. ලිපිනය : ....

....

08. විද්‍යුත් ලිපිනය : ....

09. දුරකතන අංක : I: .... II : ....

10. සැත්කම / ප්‍රතිකාරය : ....

11. සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සිදු කිරීමට නියමිත හෝ සිදු කළ රෝහල හෝ වෛද්‍ය ආයතනය : ....

....

12. සැත්කම/ප්‍රතිකාරය සිදුකිරීමට නියමිත දිනය / සිදු කළ දිනය : ....

13. මින් පෙර ජනාධිපති අරමුදලෙන් මූල්‍යාධාර ලබාගෙන තිබේ ද? ඔව් / නැත

14. ඔව් නම් : I. ගොනු අංකය : .... II. ලබාගත් මුදල : .... III. වර්ෂය : ....

15. ඔබ හෝ ඔබගේ පවුලේ සාමාජිකයින් ආදායම් බදු ගෙවන්නේ නම් එම විස්තර

I. නම : .... II. බදු ගොනු අංකය : ....

02 කොටස - අයදුම්කරු රෝගියා නොවන විට අයදුම්කරුගේ විස්තර

01. සම්පූර්ණ නම : ....

....

02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : ....

03. ලිපිනය : ....

....

04. දුරකතන අංකය : ....

05. රෝගියාට ඇති ඥාතිත්වය : .... (මව/පියා/කලත්‍රයා/පුත්‍රා/දුව/සහෝදරයා ආදී...)

03 කොටස - වියදම් පිළිබඳ විස්තර

සැත්කමට/ප්‍රතිකාරයට ඇස්තමේන්තු ගත වියදම / වැය වූ මුදල (අවසන් බිල්පත් අගය)	රු.

සැත්කම / ප්‍රතිකාරය සඳහා මුදල් සොයා ගත් හෝ සොයා ගැනීමට අපේක්ෂිත ආකාරය

I.	සේවා නියුක්තයන්ගේ භාර අරමුදල (ETF)	රු.
II.	ජාතික රක්ෂණ භාර අරමුදල (NITF)	රු.
III.	සේවා ස්ථානයෙන් ලැබීම්	රු.
IV.	රක්ෂණ ආයතනික ලැබීම්/හිමිකම්	රු.
V.	පුද්ගල හෝ ආයතනික පරිත්‍යාග	රු.
VI.	උකස් කිරීම් (රන්/ඉඩම්/වාහන....)	රු.
VII.	ණයට ලබාගැනීමට සිදුවූ/ සිදුවන මුදල් ප්‍රමාණය	රු.
VIII.	තමා යෙදවූ මුදල හෝ යෙදවිය හැකි මුදල	රු.
IX.	ජනාධිපති අරමුදලෙන් අපේක්ෂිත ආධාර මුදල	රු.

සැලකිය යුතුයි - සැත්කම සිදුකර අවසන් නම් ඉහත වගුව තුළ සියලු මුදල් සපයාගත් ආකාරය පැහැදිලිව දක්වා තිබිය යුතුයි. එනම් අවසාන බිල්පත් අගයට එම ලැබීම් ගැලපීම සිදු විය යුතු වේ.

04 කොටස - ඉතුරුම්, ස්ථාවර, සහ ජංගම ගිණුම් තොරතුරු

(රෝගියා, කලත්‍රයා සහ අවිවාහක දරුවන්ගේ සැත්කමට ආසන්නතම මාස 03ක බැංකු ප්‍රකාශන සියල්ල ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. ඉල්ලුම්කරු අවිවාහක නම් මව, පියා, අවිවාහක සහෝදර සහෝදරියන්ගේ බැංකු ප්‍රකාශන ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

ඉතුරුම් ගිණුම්			
ගිණුම් හිමියාගේ නම	බැංකුවේ/මූල්‍ය ආයතනයේ නම	ගිණුම් අංකය	ශේෂය
ස්ථාවර තැන්පතු ගිණුම් / ජංගම ගිණුම්			
චංචල / නිශ්චල දේපල හා වෙනත් ආයෝජන විස්තර (කොටස් හෝ වෙනත් දිගු හා කෙටි කාලීන ආයෝජන)			

ඉහත තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

....

රෝගියාගේ අත්සන අයදුම්කරුගේ අත්සන

දිනය : ....

05 කොටස - දිවුරුම් ප්‍රකාශය

ග්‍රාම නිලධාරී/සාමදාන විනිශ්චයකාර විසින් සහතික කළ යුතු
රෝගියාගේ දිවුරුම් ප්‍රකාශය

....

.... ලිපිනයේ පදිංචි ජාතික හැඳුනුම්පත් අංක .... දරන ....
.... (නම) වන මම ජනාධිපති අරමුදලෙන් මූල්‍යාධාර අයදුම් කරමින් ඉහත තොරතුරු ලබාදී ඇති අතර බෞද්ධ/ක්‍රිස්තියානි/කතෝලික/හින්දු/ඉස්ලාම් ආගමිකයෙකු/භක්තිකයෙකු වශයෙන් අවංක ලෙසත් සත්‍ය ලෙසත් ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ප්‍රතිඥා දී/දිවුරුම් දී පහත කරුණු ප්‍රකාශ කරමි.

ඉහත නම සඳහන් දිවුරුම් ප්‍රකාශක මම වෙමි. මෙම අයදුම්පතේ,

I. මාගේ/කලත්‍රයාගේ/අවිවාහක, විවාහක සියලු දරුවන්ගේ තොරතුරු සියල්ල නිවැරදිව ඇතුලත් කර ඇත. එම තොරතුරු අසත්‍ය හෝ අසම්පූර්ණ ඒවා වීම මත අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බව දනිමි.

II. මාගේ/කලත්‍රයාගේ/අවිවාහක සියලු දරුවන්ගේ බැංකු ගිණුම්/වැටුප් වාර්තා සියල්ල ඉදිරිපත් කර මාස 03ක ප්‍රකාශන අමුණා ඇත. එම ලේඛන අසත්‍ය හෝ අසම්පූර්ණ ඒවා වීම මත අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බවත් දනිමි.

III. මා විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති බාහිර ආයතනවලින් සහ පුද්ගලයන්ගෙන් සැත්කමට අදාලව විවිධාකාරයෙන් (රක්ෂණ/ණය/පරිත්‍යාග ආදී) ලැබී ඇති මුදල් සියල්ල පිළිබඳ තොරතුරු ඉදිරිපත් කර ඇති බවත් එම තොරතුරු අසත්‍ය හෝ අසම්පූර්ණ ඒවා වීම මත අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බවත් දනිමි.

IV. මා, මාගේ හා පවුලේ සාමාජිකයින්ගේ ආදායම් පිළිබඳව හා අනෙකුත් අවශ්‍ය විස්තර සත්‍ය හා නිවැරදි ලෙස ලබාදීමට බැඳී ඇති බවත්, ඒවා අසත්‍ය හෝ අසම්පූර්ණවීම මත ගනු ලබන නෛතික ක්‍රියාමාර්ගවලට යටත් බවත් දනිමි.

V. ජනාධිපති අරමුදලේ පාලක මණ්ඩලය විසින් අනුමත කර ඇති මාර්ගෝපදේශයට යටත් බවත් දැන අවබෝධයෙන් ප්‍රකාශ කරමි.

VI. සාවද්‍ය තොරතුරු ඉදිරිපත් කර තිබීමකදී හෝ කූට ලේඛන ඉදිරිපත් කර තිබීමකදී ඊට එරෙහිව ගනු ලබන නීතිමය හෝ වෙනත් ඕනෑම ක්‍රියාමාර්ගයකට එකඟ වන බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

රු. 50,00ක මුද්දරයක් අලවා දිවුරුම් ප්‍රකාශකගේ අත්සන තබන්න

ඉහත කරුණු මෙම ප්‍රකාශක වෙත කියවා තේරුම් කරදීමෙන් පසු එම කරුණුවලට එකඟ බව පිළිගෙන, මා ඉදිරිපිට .... (ස්ථානය) හිදී අත්සන් කළ බව සහතික කරමි.

දිනය : ....

සාමදාන විනිශ්චයකාර / ග්‍රාම නිලධාරිගේ
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

සැ.යු. - **ග්‍රාම නිලධාරී ඉදිරියේදී අත්සන් කරනු ලබන්නේ නම් රු. 50.00ක මුද්දරය අවශ්‍ය නොවේ.**
යම් හෙයකින් රෝගියා අත්සන් කිරීමට තරම් සුදුසු සෞඛ්‍ය තත්වයක නොමැති අවස්ථාවකදී රෝගියාගේ ළඟම ඥාතියෙකුට (කලත්‍රයා/දරුවන්) ඉහත දිවුරුම් ප්‍රකාශය සුදුසු පරිදි සංශෝධනය කර ඉදිරිපත් කළ හැක.

06 කොටස - ප්‍රාදේශීය ලේකම් වාර්තාව

ග්‍රාම නිලධාරි විසින් (රෝගියා ස්ථිර පදිංචි වසමේ) පහත වගුව සම්පූර්ණ කළ යුතු වේ

රෝගියාගේ පවුල් ඒකකය පිළිබඳ තොරතුරු
(රෝගියා/කලත්‍රයා/අවිවාහක හා විවාහක සියලු දරුවන්ගේද තොරතුරු ඇතුළත්ව)

රෝගියාට ඇති ඥාතිත්වය	නම	හැඳුනුම්පත් අංකය	විවාහක අවිවාහක බව	ආදායම් ප්‍රභව (රැකියාව/ව්‍යාපාර/ශිෂ්‍ය බව හා වෙනත්)	මාසික ආදායම
රෝගියා					
කලත්‍රයා					

රෝගියා අවිවාහක වන විට දෙමාපියන්ගේ සහ සහෝදර සහෝදරියන්ගේ තොරතුරු ඇතුළත් කරන්න
එක් අයෙකුට ආදායම් මාර්ග කිහිපයක් ඇති විට ඒවා වෙන වෙනම දක්වන්න. උදා: විශ්‍රාම වැටුප්/බැංකු පොළී/බදු/කුලී ආදී ලෙස

ග්‍රාම නිලධාරි නිර්දේශය

අයදුම්කරු විසින් අයදුම්පතේ අංක 01 සිට අංක 04 දක්වා කොටස්වල ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු හා, මා විසින් අංක 06 කොටසේ ඇතුළත් කරන ලද තොරතුරු මාගේ දැනීමේ හැටියට සහ ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු අනුව සත්‍ය හා නිවැරදි ඒවා බව සහතික කරමි.

විශේෂ කරුණු : ....

....

දිනය : ....

ග්‍රාම නිලධාරි අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

ප්‍රාදේශීය ලේකම් නිර්දේශය

ඉහත ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය අනුව ජනාධිපති අරමුදලේ මූල්‍යාධාර ලබාදීම නිර්දේශ කරමි / නිර්දේශ නොකරමි.

විශේෂ කරුණු : ....

....

දිනය : ....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

அறுவைசிகிச்சை / சிகிச்சை செய்யப்பட்டது	
அறுவைசிகிச்சை / சிகிச்சை செய்யப்படவில்லை	

கோப்பு இல :

திகதி : | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D |

அலுவலக பாவனைக்காக

மருத்துவ சிகிச்சை பொருட்டு சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து மருத்துவ உதவிக்கான விண்ணப்பப்படிவம

விண்ணப்பப்படிவத்தை நிரப்புவதற்கு முன்னர் அறிவுறுத்தல்களை கவனமாக வாசிக்கவும்.

பகுதி 01 – நோயாளியின் தகவல்கள்

01. நோயாளியின் முழுப்பெயர் (தமிழில்) : வண. / திரு / திருமதி / செல்வி / குழந்தை / செல்வன்
....
....

02. நோயாளியின் முழுப்பெயர் (ஆங்கிலத்தில்) : Rev/Ven/Mr/Mrs/Miss/Baby/Mast ....
....

03. தேசிய அடையாள அட்டை இல. : ....

04. ஆண் / பெண் : .... 05. பிறந்த திகதி : | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D | 06. வயது: | | |

07. முகவரி : ....
....

08. மின்னஞ்சல் : ....

09. தொலைபேசி இலக்கம் : I: .... II : ....

10. அறுவைசிகிச்சை / சிகிச்சை : ....

11. அறுவைசிகிச்சை / சிகிச்சை செய்யப்பட்ட அல்லது செய்யப்படவுள்ள வைத்திசாலை / நிறுவனம் : ...
....

12. அறுவைசிகிச்சை / சிகிச்சை செய்யப்பட்ட / செய்யப்படவுள்ள திகதி : ....
....

13. நீங்கள் இதற்கு முன்னர் சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து நிதி உதவி பெற்றுள்ளீர்களா? ஆம் / இல்லை

14. ஆம் எனின்,: I. கோப்பு இல. :.................. II. பெற்ற தொகை : .... III. ஆண்டு : ....

15. நீங்கள் அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்கள் வருமான வரி செலுத்துபவராயின், அவ்விபரங்கள்.

I. பெயர் : .... II. வரி கோப்பு இல : ....

பகுதி 02 – விண்ணப்பதாரர் நோயாளியாக இல்லாதவிடத்து விண்ணப்பதாரரின் விபரங்கள்

01. முழுப்பெயர் : ....
....

02. தேசிய அடையாள அட்டை இல. : ....

03. முகவரி : ....
....

04. தொலைபேசி இலக்கம் : ....

05. நோயாளியுடனான உறவுமுறை: .... (தாய், தந்தை, வாழ்க்கைத்துணை, மகன், மகள்,சகோதரர் போன்ற.)

பகுதி 03 – செலவினம் பற்றிய விபரங்கள்

அறுவைசிகிச்சைக்கு / சிகிச்சைக்கு மதிப்பிடப்பட்ட செலவு / செலவிட்ட தொகை (இறுதி பட்டியல் பெறுமதி)	ரூ.

அறுவைசிகிச்சை/சிகிச்சை பொருட்டு பணம் தேடிக்கொண்ட அல்லது தேடிக்கொள்ள எதிர்பார்க்கும் விதம்

I.	ஊழியர் நம்பிக்கை நிதியம் (ETF)	ரூ.
II.	தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கைபொறுப்பு நிதியம் (NITF)	ரூ.
III.	வேலைசெய்யும் இடத்திலிருந்தான பெறுவனவு	ரூ.
IV.	காப்புறுதி நிறுவனங்களிலிருந்தான பெறுவனவு / உரித்துக்கள்	ரூ.
V.	தனிநபர் அல்லது நிறுவனத்திலிருந்தான நன்கொடைகள்	ரூ.
VI.	அடகு வைத்தல் (தங்கம் / காணி / வாகனம்...)	ரூ.
VII.	கடனாக பெற்ற / பெறப்படவுள்ள பணம்	ரூ.
VIII.	செய்யப்பட்ட தனிப்பட்ட செலவுகள் அல்லது செலவிடக்கூடிய தொகை	ரூ.
IX.	சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து எதிர்பார்க்கப்படும் உதவித்தொகை	ரூ.

கவனிக்கவும்: அறுவைசிகிச்சை முடிந்திருப்பின், அனைத்து பணங்களும் திரட்டப்பட்ட விதத்தை மேலுள்ள அட்டவணையில் தெளிவாகக் குறிப்பிட வேண்டும். அதாவது, அந்த பெறுவனவுகள் இறுதி பட்டியல் பெறுமதிக்கு சீராக்கப்பட வேண்டும்.

பகுதி 04 – சேமிப்பு, நிலையான வைப்பு மற்றும் நடைமுறைக் கணக்குகள் தொடர்பான தகவல்கள்

(அறுவைசிகிச்சைக்கு முந்திய 03 மாதங்களுக்கான நோயாளி, வாழ்க்கைத்துணை மற்றும் திருமணமாகாத பிள்ளைகளின் அனைத்து வங்கி அறிக்கை சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும். விண்ணப்பதாரர் திருமணமாகாதவராயின், பெற்றோர்கள் மற்றும் திருமணமாகாத சகோதரர்களின் வங்கி அறிக்கை சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.)

சேமிப்புக் கணக்குகள்			
கணக்கு வைத்திருப்பவரின் பெயர்	வங்கி / நிதி நிறுவனத்தின் பெயர்	கணக்கு இலக்கம்	மீதி
நிலையான வைப்புக் கணக்குகள் / நடைமுறைக் கணக்குகள்			
அசையும் / அசையா சொத்து மற்றும் பிற முதலீட்டு விபரங்கள் (பங்குகள் அல்லது பிற நீண்டகால மற்றும் குறுங்கால முதலீடுகள்)			

மேற்படி தகவல்கள் உண்மையானவை எனவும் சரியானவை எனவும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

....

நோயாளியின் கையொப்பம் விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

திகதி : ....

பகுதி 05 – சத்தியக் கடதாசி

சமாதான நீதவான் ஆக கிராம அலுவலர் உறுதிப்படுத்த வேண்டிய நோயாளியின் சத்தியக் கடதாசி

.... எனும் முகவரியில் வசிக்கும் தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் .... கொண்ட .... (முழுப் பெயர்) ஆகிய நான், சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து நிதி உதவிக்கு விண்ணப்பித்து மேற்படி தகவல்களை வழங்கியுள்ளதுடன் ஒரு பௌத்த/ கிறிஸ்தவ/கதோலிக்க/இந்து/இஸ்லாம் சமயத்தவர் என்ற வகையில், நேர்மையாகவும், உண்மையாகவும், பயபக்தியுடன் உறுதிசெய்து / சத்தியம்செய்து பின்வருவனவற்றை வெளிப்படுத்துகின்றேன்.

மேலேபெயர் குறிப்பிட்ட வெளிப்படுத்துநர் நான் ஆவேன். இந்த விண்ணப்பத்தில்.

I. எனது மற்றும் வாழ்க்கைத்துணையின், திருமணமாகாத, திருமணமான அனைத்து பிள்ளைகளின் தகவல்கள் உள்ளடக்கப்பட்டுள்ளன. அத்தகவல்கள் தவறானவை அல்லது முழுமையற்றதன் பேரில் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் என்பதை நான் நன்கு அறிவேன்.

II. எனது மற்றும் வாழ்க்கைத்துணை, திருமணமாகாத அனைத்து பிள்ளைகளின் வங்கிக் கணக்குகள் / சம்பள அறிக்கைகள் அனைத்தும் சமர்ப்பிக்கப்பட்டு 03 மாத வங்கி அறிக்கைகள் இணைக்கப்பட்டுள்ளன. குறித்த ஆவணங்கள் தவறானவை அல்லது முழுமையற்றதன் பேரில் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் என்பதை நான் நன்கு அறிவேன்.

III. அறுவை சிகிச்சை தொடர்பாக பல்வேறு வடிவங்களில் (காப்புறுதி/கடன்/நன்கொடை போன்ற) வெளி நிறுவனங்களிடமிருந்தும், நபர்களிடமிருந்தும் கிடைத்த சகல பணத்தொகை பற்றிய தகவல்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டுள்ளன எனவும், அத்தகவல்கள் தவறானவை அல்லது முழுமையற்றதன் பேரில் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் என்பதை நான் நன்கு அறிவேன்.

IV. எனது மற்றும் என் குடும்ப உறுப்பினர்களின் வருமானங்கள் தொடர்பாகவும், தேவையான ஏனைய விடயங்களை உண்மையாகவும் சரியாகவும் வழங்குவதற்கு கட்டுப்பட்டுள்ளேன் என்பதையும், அவை தவறானவை அல்லது முழுமையற்றதன்மேல் எடுக்கப்படும் சட்ட நடவடிக்கைகளுக்கு ஆளாவேன் என்பதையும் நான் நன்கு அறிவேன்.

V. ஏ. சனாதிபதி நிதியத்தின் ஆளுநர் சபையினால் விதிக்கப்பட்டு அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ள அளவுகோல்களுக்கு கட்டுப்பட்டுள்ளேன் என நான் அறிவுடன் வெளிப்படுத்துகின்றேன்.

VI. தவறான தகவல் சமர்ப்பிக்கப்பட்டிருப்பின் அல்லது போலி ஆவணங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டிருப்பின், அதற்கு எதிராக எடுக்கப்படும் சட்டரீதியான அல்லது வேறு ஏதேனும் நடவடிக்கைக்கு உடன்படுகிறேன் எனவும் நான் வெளிப்படுத்துகின்றேன்.

ரூ.50.00 பெறுதியான முத்திரை ஒன்றை ஒட்டி வெளிப்படுத்துநர் கையொப்பத்தை இடவும்.

மேலே உள்ள விடயங்கள் இந்த வெளிப்படுத்துநருக்கு வாசித்து விளங்கப்படுத்தியதன் பின் அவ்விடயங்களை ஏற்றுக்கொண்டு என் முன்னிலையில் .... (இடம்) இல் அவர் கையெழுத்திட்டார் என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி : .... …………………………………………………………

சமாதான நீதவான் ஆக கிராம அலுவலரின்
கையொப்பம் மற்றும் உத்தியோகபூர்வ இலச்சினை

கவனிக்கவும்:- கிராம அலுவலர் முன்னிலையில் கையொப்பம் இடப்படுமாயின் ரூ.50.00 முத்திரை அவசியமில்லை. சிலவேளைகளில் நோயாளி கையொப்பம் இடுவதற்கு உகந்த ஆரோக்கிய நிலையில் இல்லாதவிடத்து நோயாளியின் நெருங்கிய உறவினர் (வாழ்க்கைத்துணை.ʼ.பிள்ளைகள்) மேற்படி சத்தியக் கடதாசியில் ஏற்றவாறான திருத்தங்களைச் செய்து சமர்ப்பிக்கலாம்.

பகுதி 06 – பிரதேச செயலாளரின் அறிக்கை

(நோயாளி நிரந்தரமாக வசிக்கும் பிரிவிலுள்ள) கிராம உத்தியோகத்தர் பின்வரும் அட்டவணையை பூர்த்திசெய்தல் வேண்டும்)

நோயாளியின் வீட்டு அலகு பற்றிய விபரங்கள

(நோயாளி மற்றும் வாழ்க்கைத்துணை, திருமணமாகாத மற்றும் திருமணமான சகல பிள்ளைகள் பற்றிய தகவல்கள் உட்பட)

நோயாளியுடனான உறவுமுறை	பெயர்	அடையாள அட்டை இலக்கம	விவாக அந்தஸ்து	வருமான மூலம் (தொழில்/வியாபாரம்/ மாணவர்நிலை மற்றும் ஏனையன)	மாதாந்த வருமானம்
நோயாளி					
வாழ்க்கைத்துணை					

நோயாளி திருமணமாகாதவராயின், பெற்றோர்கள் மற்றும் சகோதரர்கள் விபரங்களை வழங்கவும். ஒருவருக்கு ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட வருமான மூலங்கள் இருப்பின், அவற்றை வெவ்வேறாக குறிப்பிடப்பட வேண்டும் (உ-ம்: ஓய்வூதியம் / வங்கி வட்டி / வாடகை / குத்தகை போன்ற)

கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை

விண்ணப்பப்படிவத்தின் இலக்கம் 01 முதல் 04 வரை விண்ணப்பதாரரால் வழங்கப்பட்ட விவரங்களும், இலக்கம் 06 பகுதியில் என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்களும் எனது அறிவுக்கு எட்டிய வரையில் மற்றும் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட தகவல்களின்படி உண்மையானவை எனவும் சரியானவை எனவும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

குறிப்புகள் : ....

....

திகதி : ....

....

கிராம உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்
மற்றும் உத்தியோகபூர்வ இலச்சினை

பிரதேச செயலாளரின் பரிந்துரை

மேலே கிராம உத்தியோகத்தரால் வழங்கப்பட்ட சான்றிதழின் அடிப்படையில் சனாதிபதி நிதியத்திலிருந்து நிதி உதவி வழங்குவதை பரிந்துரைக்கிறேன் / பரிந்துரைக்கவில்லை.

குறிப்புகள் : ....

....

திகதி : ....

....

பிரதேச செயலாளரின் கையொப்பம்
மற்றும் உத்தியோகபூர்வ இலச்சினை