



ஊவாட ஸ்ரீதரஸன் ஸடஹ லு ஸாநிக ஡ஹலேக஡ி கார்டாடச
அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கான தேசிய ஸெயலகம்



லகூஹலு ஸ்ரீதரஸன் ஸடஹ ரூ.7500/- க ஡ாஸிக ஸீலநாடாட லலா டீ஡.

ஸிறுநீரக நோயினைக் காண்ட நோயாளர்களுக்கு ஡ாதாந்தம் ரூபா. 7500/- வலுங்குதல்

ஸா/லே ஸ்ரூலா ஈகச

பி/ஸெ முன்னுரி஡ைப்பட்டியல் இலக்கம்

(கார்டாட ஸ்ரூஸேஸநச ஸடஹ

அலுவலக ஁பயோகத்திற்கு ஡ாத்திரம்)

A.காஸ/தாகுதி

டிஸ்ட்ரிக்ட் :

஡ாவட்டம்

ஸா/லே.கார்டாடச :

பி.ஸெ. அலுவலகம்

ஸா.நி. லஸ஡ ஹ ஈகச /கி.஁.தாகுதி ஡ற்றும் பிரிவு :

1. லகூஹலு ஸ்ரீதரஸன் ஸெலேத ஸ்ரீதரஸா ஸீலேட ஡ாஹுரு :

ஸிறுநீரக நோயினால் வருந்தும் நபர் தாடர்பான தகவல்கள்

I. ஸ்ரீஸ்ட்ரீதர ஸ஡/முழுப்பெயர் :

II. ஸாநிக ஸடூஜூஸன் ஈகச /தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :

III. ஁ஸன் டீதச/ பிறந்த திகதி:

IV. லஸ/ வயது

:

V. ஸீதி/ஸ்ட்ரூஸ ஹலச/பெண்/ஆண் பாகுபாடு:

VI. லீஸீதச/ முகவரி:.....

.....

VI. டூரகப்த ஈகச/ தாஸைபேஸி இலக்கம் :-.....

(ஸ஡ன் ஸலுல ஸாஸூநித஡ி ஸ்ரூலே ஸா லஸ஡ ஈஸ்ட்லீஸீஸேலுஸே டூரகப்த ஈகச ஸடஹன் கரன்.)

(தங்களிடம் இல்லையாயின் குடும்பத்தின் அல்லது நெருங்கிய அயலவர்களின் தாஸைபேஸி இலக்கத்தினைக் குறிப்பிடவும்.)

2. ஸ்ரூலே ஡ாஹுரு: (ஈ) குடும்ப தகவல்கள்

I.

ஸ஡/ பெயர்	ஸ்ரீஸாட ஈகி ஸடூக஡ நோயாளருக்குள்ள ஁றவு முறை	஁ஸன் டீதச பிறந்த திகதி	ஸீதி/ஸ்ட்ரூஸ பெண்/ ஆண்	லீலாஹ/ ஈலீலாஹ திரு஡ண஡ானவர்/ திரு஡ண஡ாகாதவர்

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ තොරතුරු நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
අවු.5ට අඩු 05 வயதிற்கு	පාසල් යන பாடசாலை செல்வோர்	රැකියා කරන தொழில் புரிவோர்	වෙනත් பிற

3 1. වකුගඩු රෝගය ඇති වූ කාලයෙන් පසු රුධිරය පිරිපහදු කිරීම ආරම්භ කළ

பரீட்சை/வருடம் மூலம்/ மாதம் தினம்/ தினம்

--	--	--

.....

I. இலா ஷாமிர் (ரூபியல்)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -

II. **பொருள் விவரம்/அங்கவீன வாழ்வாதார உதவி-**

III. தலை ஐயார்/ பொருள்சார் உதவி -

நான் சிறுநீரக நோயினால் பீடீக்கப்பட்ட ஒருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வுதவிக்கான வேண்டுகோளினை முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

தேய/ திகதி

രോഗിയുടെ അത്ഭുത/നോഡാലിയിൻ ഉപപഥം

සඟ.සු. අමුණුම 2 අනුව වකුගඩු රෝගියෙකු බව තහවුරු කෙරෙන වෛද්‍ය නිර්දේශය අමුණා තිබිය යුතුය.

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

5. **ஓம் திரிடார்ன் திர்டேய/ கிராம உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை**

.....தி படிவி

ஓதா/ ஓதன்மீய/ஓதனவிய ஓத பசுடேகிவ னதூதன னவன் ஓத / ஈய ஈதூ ஈடாயமீலாதி பதூக ஈமாதீக யேதூ னவன் வதூதூ ரோயேன் பசுதூ னவன், வதன் பூ.லே. கார்யாலகின் ஓத ஈடார் தூடூ ஓலூ தோமூதி னவன் ஓத தூடூ ஓதூ/ஈய ஓலாதி ஓதூ னவன் ஓதின் திர்டேய கர் ஈதி .

.....என்ற இடத்தில் வசிக்கின்ற திரு/திருமதி/செல்வி.....அவர்களை நான் தனிப்பட்ட முறையில் அறிவேன் எனவும் அவர் குறைந்த வருமானத்தைக் கொண்ட குடும்பத்தைச் சேந்தவர் எனவும் சிறுநீரக நோயினால் பீடக்கப்பட்ட ஓருவர் எனவும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வதவிப் பணத்தினைப் பெறுவதற்கு வேண்டுகோள் எதுவும் முன்வைக்கப்படவில்லை எனவும் மற்றும் இப்பணம் அவன்/அவளுக்கு வழங்குவது பொருத்தமானது எனவும் இத்தால் பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....
டிதய/திகதி

.....
தன்ஈத ஓ திர தூவ /
கையொப்பம் இறப்பர் முத்திரையும்

6. **ஈமாத ஈலா திரிடார் / ஈமாத ஈவர்தன திரிடார் / ஈவர்தன திரிடார் ஈ வார்தாவ**

.....திரிதயேதி படிவி

..... ஓதா / ஓதன்மீய / ஓதனவிய ஈதூ ஈடாயமீலாதி. ஓத வதூதூ ரோடார் தூடூ ஓதூ/ ஈய ஓலாதி ஓதூ னவ ஓதின் திர்டேய கர் ஈதி.

.....என்ற இடத்தில் வசிக்கின்ற திரு/திருமதி/செல்வி.....அவர்கள் குறைந்த வருமானம் பெறும் ஓருவர். இந்த சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை அவன் / அவளுக்கு வழங்குதல் பொருத்தமானது என இத்தால் பரிந்துரை செய்கின்றேன்

டிதய / திகதி

.....

தன்ஈத / கையொப்பம்
(ஈ.ஈ.தி/ஈ.ஈ.ஈ./ஈ.ஈ.தி.தி தூவ ததன்/
ச.சே.உ/ச.அ.உ/அ.உ இறப்பர் முத்திரை பதியவும்)

7. **பூடேயி லேகதீன் திர்டேய/பிரதேச செயலாளரின் பரிந்துரை**

ஓத வதூதூ ரோடார் தூடூ ஓதூ/ ஈய ஓலாதி திர்டேய கர்.

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

டிதய/திகதி -

.....
தன்ஈத / ஓப்பம்
(பூடேயி லேகதீ திர தூவ /
பி.செ.செயலாளரின் இறப்பர் 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)

