

ශ්‍රී ලංකා පොලිස් ම.සු.ස. සහසාධක යෝජනා ක්‍රමය

අසනීප/ අනතුරු/ සංක්‍රමික රෝග/ ඉපයීමේ ශක්තිය හීනවීමේ දීමනා ඉල්ලුම් පත්‍රය

1. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :-.....
2. නිලය / නිල අංකය :-..... පොලිස් ස්ථානය :- .....
3. සාමාජික අංකය :-..... දුරකථන අංකය :- .....
4. රාජකාරී ලිපිනය :-.....
5. පොද්ගලික ලිපිනය :-.....
6. රෝහලේ නම :-..... 7. අසනීපය/අනතුර සිදුවූ දිනය :-.....
8. රෝහලේ සිටි කාලය :-.....
- i. .... සිට ..... දක්වා
- ii. .... සිට ..... දක්වා
- iii. .... සිට ..... දක්වා
9. අසනීප නිවාඩු පිට නිවසේ සිටි කාලය :-..... සිට ..... දක්වා දින .....
10. අනතුරේ / අසනීපයේ ස්වභාවය :-.....
11. සාමාජිකයා / සාමාජිකාව සතුව ඔහු / ඇය නමින් බැංකු ගිණුමක් ඇත්නම් ගිණුමේ විස්තර පහත සඳහන් කරන්න.

බැංකුවේ නම :..... ශාඛාව :..... ගිණුම් අංකය:.....  
 (ඉතිරි කිරීමේ / පංගම ගිණුම)

ගිණුමෙහි සඳහන් පරිදි ඔබේ නම :.....

බැංකු ශාඛාවේ තැපැල් ලිපිනය :.....

12. ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවටත්, මෙම කරුණ සඳහා මිට පෙර මා විසින් ඉල්ලීමක් ඉදිරිපත් කර මුදල් ලබා නොමැති බවටත් මම මෙයින් සහතික වෙමි.

දිනය :-..... පොලිස් හැඳුනුම්පත් අංකය :-..... සාමාජිකයාගේ අත්සන :-.....

13. මෙහි පහත සඳහන් කොටස සම්පූර්ණ කර අත්සන් කර තිබිය යුතු අතර පො.අ./ස.පො.අ./ස්ථානාධිපති විසින් සහතික කල යුතුය. \*\*\* (වෙක්පත් අංකය, දිනය සහ වෙක්පත් අගය කාර්යාලය විසින් සම්පූර්ණ කර වෙක්පත ගිණුම්ගත කරනු ලබන අතර, බැංකු නිවේදනයේ පිටපතක් තැපැල් මගින් ඔබ වෙත එවනු ලැබේ.)

\*\*\*20..... දින ශ්‍රී ලංකා පොලිස් ම.සු.ස. සහසාධක යෝජනා ක්‍රමය යටතේ අසනීප / අනතුරු / සංක්‍රමික දීමනා සඳහා මට ලැබිය යුතු මුදල් \*\*\*රු..... (\*\*\*(රු.....) ලංකා බැංකුවේ \*\*\*අංක..... දුරණ වෙක්පතින් ලබා ගනිමි. (වෙක්පත අදාල බැංකු ගිණුම වෙත යවනු ලැබේ.)

නම :-.....

පොද්ගලික ලිපිනය :-.....

පොලිස් වසම :-.....

දිනය :-..... ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:..... සාමාජිකයාගේ අත්සන

14. ඉල්ලුම්කරු විසින් සපයා ඇති විස්තර මාගේ දැනීමේ අන්දමට නිවැරදි බවටත් මා ඉදිරියේ අත්සන් කල බවටත් සහතික කරමි.

පො.අ./ස.පො.අ./ස්ථානාධිපති :-..... අත්සන :-..... දිනය :-.....  
 (කොට්ඨාශය/ස්ථානය)

.....

නම, නිලය සහ නිල මුද්‍රාව අනෙක් පිට බලන්න.....

**අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්**

- අයදුම්පත හා අනතුරු දීමනා සඳහා ස්ථානාධිපති විසින් සහතික කරන ලද ආරෝග්‍යශාලා ප්‍රවේශපත්‍ර පිටපත් හෝ වෛද්‍ය සහතික වල පිටපත් ඇමිණිය යුතුය. (මුදල් ගෙවන ලද බිල්පත් එවීමෙන් වලකින්න.)
- ඔබ වෙත නිකුත් කරනු ලබන්නේ රේඛණය කරන ලද ආදායකයාගේ ගිණුමට පමණක් බැරවිය යුතු චෙක්පතකි
- ඔබේ නමට ඇති පංගම/ඉතිරිකිරීමේ ගිණුමක් ඕනෑම බැංකුවක තිබේ නම් බැංකුවේ නම, ගිණුම් අංකය හා ගිණුමේ සටහන්ව ඇති පරිදි ඔබේ නම ඉල්ලුම්පතෙහි අදාළ කොටසෙහි සඳහන් කරන්න.
- අයදුම්කරුගේ අත් අකුරින්ම සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත පරිපාලන නිලධාරී, ශ්‍රී ලංකා පොලිස් ම.සු.ස. සහසාධක සේවනා ක්‍රමය, දෙවන මහල, පොලිස් සහසාධක ගොඩනැගිල්ල, හො.331, ඔලිකොට් මාවත, කොළඹ 11 යන ලිපිනයට හැපැල් මගින් යොමු කිරීම හෝ ගෙනැවිත් භාරදිය හැක.

දිනය : ..... පරිපාලන නිලධාරීගේ අත්සන : .....

**OFFICE USE ONLY**

Volume : ..... Page No. : .....

Date of Enrolement : ..... Date of Incident : .....

Membership No. : ..... Remarks : .....

Signature of Issuing Officer : ..... Signature of Subject Officer : .....

Date : ..... Date : .....

**Payment made before**

1	.....	Rs.	.....	Date	.....	Vou. No.	.....
2	.....	Rs.	.....	Date	.....	Vou. No.	.....
3	.....	Rs.	.....	Date	.....	Vou. No.	.....
4	.....	Rs.	.....	Date	.....	Vou. No.	.....
5	.....	Rs.	.....	Date	.....	Vou. No.	.....

Illness / Injury Benefit / CD							
	Injury Benefit			Illness Benefit			Total Days
	H	S/L	Total	H	S/L	Total	
No. of days							
Total Weeks							

Amount to be paid : .....

Less Cost of Stamps : .....

Net Amount to be paid : .....

Authorized Officer : .....

Date : .....

The above amount has been paid to the applicant by cheque No..... (Rs.....) dated ..... To the officer in charge/Manager, Police Station/Bank ..... on ..... by OP/RP

Date : ..... Signature of the issuing officer : .....