

II.

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ කොරතුරු நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
අවු.5෪ අවු 05 වයසින්	පාසල් යන පාලසාலை සෙල්වෝර්	රැකියා කරන தொழில் புரிவோர்	වෙනත් பிற

B.கொட்ப/தொகுதி

3 1. உறுதியுடன் கூடிய காலகாலப் பண ரூபாய் பின்புலம் கிரீன் டிராபிங் கால
சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சுத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

பெயர்/வருடம்	மொழி/ மாதம்	நிலை/ தினம்

II. பூதிகார் டிபாஸ்கர் டிராஸ்டி - சிகிச்சை பெற்று வரும் வைத்தியசாலை

4 ஓர்துறைக்கு ரூபி ஆகி அமர் கன துறை குறை அமர் (அது வு அது கையெழுத்தாக்கப்பட்டுள்ளதில்) குறைவு இல்லை
வருவதில்) விண்ணப்பதாரருக்கு கிடைக்கப் பெற்ற உதவிகள் மற்றும் தற்போது கிடைக்கப்பெறும் உதவிகள்
(அரசு மற்றும் அரசு சார்பற்ற அமைப்புகளிலிருந்து கிடைக்கப் பெறும் பணம் மற்றும் பொருள் பண்ட வடிவில்)

I. இலா ஈமொர் (ரூபெல்)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -

II. ஈமொரீக கீலனமொர்/அங்கவீன வாழ்வாதார உதவி-

III. இலா ஈமொர்/ பொருள்சார் உதவி -

தெலி விகுமதி ரெ'தயென் பௌலென்னது வெ ௨ ஓதா ஈதன' கோரதுர் திவ்ரடி வெவன் வெனன் ப்ராடேயி
 லே'கா' கார்யாலகின் தெலி ஈமார்ய ஈதனா ஓ'லே' தோகல வெவன் தெயின் ப்ரகாண கர் கிரீதி.
 நான் சிறுநீரக நோயினால் பீடக்கப்பட்ட ஒருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது
 என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வுதவிக்கான வேண்டுகோளினை
 முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

தேயல்/ திகதி

രോഗിയുടെ കുടുംബം/നോഡലിയിൻ ഉപപഥം

සභ.ස. අමුණාම 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.

.....හි පදිංචි.....
 මහතා/ මහත්මිය/මෙනවිය මම පෞද්ගලිකව හඳුනා බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ පවුලේ මාසික ආදායම රු.6000/-
 කට අඩු බවත් වතුහෙයු රෝගයෙන් පෙළෙන බවත්, වෙනත් ප්‍රා.ලේ. කාර්යාලයකින් මෙම ආධාර මුදල ඉල්ලා නොමැති
 බවත් මෙම මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි .

அனீஸா ஸா தீரே ப்ராவ /
கையொப்பமும் இறப்பர் முத்திரையும்

[illegible]

(பாடேயீய டேகை நே டிரை /
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:
(සායනය 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)