

අයදුම් පත්‍රය

කාන්තා, ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබලගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය

ගර්භණී/කිරි දෙන මව්වරුන් සඳහා රු. 2500/-ක අතිරේක ආහාර සහනාධාර මුදලක් ලබාදීමේ වැඩසටහන

*(මෙම ප්‍රතිලාභය හිමිවන්නේ 2022.09.01 දින වන විට පහත i හෝ II කාණ්ඩයන් එකකට හෝ ඔබ අයත්නම් පමණි)

- I. ඔබ ගර්භයට මාස 03ක් සම්පූර්ණ වූ ගර්භණී මවක වීම.
- II. මාස 01 සිට මාස 04ක් අතර දරුවෙකු සිටින කිරි දෙන මවක වීම.

01. දිස්ත්‍රික්කය
02. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය
03. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශය සහ සායන මධ්‍යස්ථානය
04. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය (අංකය හා නම)
05. සමාදේශික බැංකු ශාඛාව හා බැංකු කේතය.
06. ඉල්ලුම් කරන ගර්භණී/කිරිදෙන මවගේ සම්පූර්ණ නම
07. ඉල්ලුම් කරන මවගේ මුලකුරු සමග නම.
08. ලිපිනය
09. දුරකථන අංකය.
10. අදාළ ඉල්ලුම්කාරියගේ හෝ ස්වාමී පුරුෂයාගේ නමින්
සමාදේශික බැංකු ගිණුමක් තිබෙනම් ඒ පිළිබඳ තොරතුරු (එසේ නොවන විට නව ගිණුමක් ආරම්භ කළ යුතුය)
- I. ගිණුම් හිමියාගේ නම.
- II. ගිණුම් අංකය
- III. බැංකු ශාඛාව හා කේතය
11. ජාතික හැඳුම්පත් අංකය/ වෙනත් හැඳුනුම්පත් අංක
12. ගර්භණී නම් ගර්භයට වයස (මාස)
13. කිරි දෙන මවක්නම් දරුවාගේ උපන් දිනය අවු.....මාස.....දින.....
14. කිරිදෙන මවක්නම් දරුවාගේ උපන් බර.

✂.....✂.....✂.....✂.....✂.....✂

****ගර්භණී/කිරි දෙන මව්වරුන් සඳහා රු. 2500/- ක අතිරේක ආහාර සහනාධාර මුදලක් ලබාදීමේ වැඩසටහන සම්බන්ධව සියළු විමසීම් සඳහා මෙම කොටස සුරක්ෂිතව තබාගත යුතුය.**

ඉහත නම සඳහන් මම කිරිදෙන/ගැබ්ණි මවක් බවත්, සපයා ඇති සියළු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ප්‍රකාශ කරමි. මව්සිත් සිතා මතා අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇති බවට සනාථ වුවහොත් මට ලැබෙන පෝෂණ ප්‍රතිලාභ අත්හිටුවීම සහ ගනු ලබන වෙනත් නීත්‍යානුකූල ක්‍රියාමාර්ග වලටත් මා අවනත වන බවත් මින් ප්‍රකාශ කරමි.

මවගේ නම

අත්සන හා දිනය

01. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී නිර්දේශය

1. ගර්භයට වයස
2. BMI අගය
3. කිරිදෙන මවක්නම් දරුවාගේ උපන්දිනය
4. සායන මධ්‍යස්ථානය
5. අත්සන හා දිනය (නිල මුද්‍රාව)

02. ଜ୍ୟୋତ୍ସ୍ନା ପ୍ରେମ୍‌ଜୀ ନିଲଦାରି ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ.

ඉහත සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව නිර්දේශ කරමි.

නිලධාරියාගේ නම

තනතුර (නිල මුද්‍රාව තබන්න)

අත්සන හා දිනය

03. ග්‍රාම නිලධාරී නිර්දේශය.

මෙම අයදුම් කාර්ය ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශයේ ස්ථීර/තාවකාලික
පදිංචිකාර්යක බවට සහතික කරමි.

අත්සන හා නිලමුද්‍රාව	දිනය
----------------------	------

04. ගර්භණී/කිරිදෙන මව්වරුන් සඳහා රු. 2500/- ක අතිරේඛ ආහාර සහනාධාර මුදලක් ලබාදීමේ වැඩසටහන සඳහා උක්ත මව සුදුසුකම් ලබන බව තහවුරු කරමි/නොකරමි.

.....	
මුල් ළමාවිය නිලධාරී/විෂය භාර නිලධාරී	අත්සන

05. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය
අනුමත කරමි./අනුමත නොකරමි.

සහකාර ප්‍රාදේශීය ලේකම්/ප්‍රාදේශීය ලේකම්	දිනය
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව	

.....

ගර්භණී/කිරිදෙන මවුවරුන් සඳහා රු. 2500/- ක අතිරේක ආහාර සහනාධාර මුදලක් ලබාදීමේ වැඩසටහන

අයදුම්පත භාරගනිමි.

අංකය

.....
විෂය භාර නිලධාරී (අත්සන හා නිල මුද්‍රාව)

.....

දිනය