

අයදුම්පත්‍රය

කාන්තා, ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබලගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය

ගර්භණී/ කිරිදෙන 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 අයත් නම් පමණි.)

- I. ඔබ ගර්භයට මාස 03 ක් සම්පූර්ණ වූ ගර්භණී මවක වීම.
 II. මාස 01 සිට මාස 04 ක් අතර දරුවකු සිටින කිරිදෙන මවක වීම.

01. දිස්ත්‍රික්කය -
02. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය -
03. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාසය සහ
සායන මධ්‍යස්ථානය -
04. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය (අංකය හා නම) -
05. සමෘද්ධි බැංකු ශාඛාව හා බැංකු කේතය -
06. ඉල්ලුම් කරන ගර්භණී / කිරිදෙන මවගේ සම්පූර්ණ නම -
07. ඉල්ලුම් කරන මවගේ මුලකුරු සමඟ නම -
08. ලිපිනය -
09. දුරකථන අංකය -
10. අදාළ ඉල්ලුම්කාරියගේ හෝ ස්වාමි පුරුෂයාගේ නමින්
සමෘද්ධි බැංකු ගිණුමක් තිබේ 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 හැඳුනුම්පත් අංකය / වෙනත් හැඳුනුම්පත් අංක -
12. ගර්භනී නම්, ගර්භයට වයස (මාස) -
13. කිරිදෙන මවක් නම්, දරුවාගේ උපන් දිනය - අවු ----- මාස----- දින -----
14. කිරිදෙන මවක් නම්, දරුවාගේ උපන් බර -

✕

✕

✕

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

සම්බන්ධව සියලු විමසීම් සඳහා මෙම කොටස සුරක්ෂිතව තබා ගත යුතුය.

ඉහත නම් සඳහන් මම කිරිදෙන/ ගැබ්ණි මවක බවත්, සපයා ඇති සියළු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ප්‍රකාශ කරමි.
මව්පින් සිතාමතා අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇති බවට සනාථ වුවහොත් මට ලැබෙන පෝෂණ ප්‍රතිලාභ අත්හිටුවීම සහ
ගනු ලබන වෙනත් නීත්‍යානුකූල ක්‍රියාමාර්ගවලටත් 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. කිරි දෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය -
 4. සායන මධ්‍යස්ථානය -
 5. අත්සන හා දිනය -
- (නිල මුද්‍රාව තබන්න)

02.සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී නිර්දේශය

ඉහත සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව නිර්දේශ කරමි.

නිලධාරියාගේ නම -
තනතුර (නිල මුද්‍රාව තබන්න) -
අත්සන හා දිනය -

03. ග්‍රාම නිලධාරීන්ගේ නිර්දේශය

මෙම අයදුම්කාරිය ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසයේ ස්ථිර / තාවකාලික
පදිංචිකාරියක බවට සහතික කරමි.

.....
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව දිනය

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

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

05. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

අනුමත කරමි. / අනුමත නොකරමි.

.....
සහකාර ප්‍රාදේශීය ලේකම් / ප්‍රාදේශීය ලේකම්
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

.....
දිනය

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

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

අයදුම්පත භාර ගනිමි.

අංකය

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

.....
දිනය