

අයදුම්පත්‍රය
කාන්තා හා 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. සමාද්ධි 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 ස්වාමී පුරුෂයාගේ නමින්
සමාද්ධි 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 උපන්දිනය - අවු මාස දින
14. කිරිදෙන මවක් නම්, දරුවාගේ උපන් බර -

ඉහත නම් සඳහන් මම කිරිදෙන/ ගැබ්ණී මවක් බවත්, සපයා ඇති සියළු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, ප්‍රකාශ කරමි. මා විසින් සිතාමතා 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 -

දිනය -

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

01. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී නිර්දේශය

1. ගර්භයට වයස -
2. කිරිදෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය -
3. BIM අගය -

02. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී නිර්දේශය

ඉහත සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව නිර්දේශ කරමි.

- නිලධාරියාගේ නම -
- තනතුර -
- අත්සන -
- දිනය -
- නිල මුද්‍රාව -

03. ග්‍රාම නිලධාරීගේ නිර්දේශය

මෙම අයදුම්කාරිය ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශයේ පදිංචි බවට සහතික කරමි.

.....
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව දිනය

04. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය

පෝෂණ ප්‍රතිලාභ ලබා දීමට සුදුසු බවට අනුමත කරමි./ අනුමත නොකරමි.

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් දිනය
අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව