



**ජාතික වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය**  
**முதியோர்களுக்கான தேசிய செயலகம்**



වයස අවුරුදු 60ට වැඩි ජ්‍යෙෂ්ඨ පුරවැසියන් උදෙසා නොමිලේ අක්ෂි කාච ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය  
(රු. 6,000ට අඩු, අඩු ආදායම්ලාභීන් සඳහා)

**60 වයසට වැඩිවූ සිරිමත් පිරිසට පිරිසටම මුද්‍රාතිලකයක් ලෙස සහතිකයක් ලබාදීමේ අයදුම්පත්‍රය**  
**60 வயதுக்கு மேற்பட்ட சிரிமத் பிள்ளைகளுக்கு இலவச கண்ணில்லை வழங்குவதற்கான விண்ணப்பப் படிவம் (ரூபா. 6,000.00 இற்கும் குறைந்த வருமானம் பெறும் நபர்களுக்கானது)**

1. දිස්ත්‍රික්කය/මාවட்டම :-.....
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය/பிரதேச செயலாளர் பிரிவு :-.....
3. ග්‍රාම නිලධාරී වසම/ கிராம சேவகர் பிரிவு :- .....
4. සම්පූර්ණ නම/முழுப்பெயர் :-.....
5. ලිපිනය/முகவரி :- .....
6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය පාල අග්‍ර/பெண் :- .....
7. උපන්දිනය/பிறந்த திகதி :- ..... 7.1. වයස/ வயது :- .....
8. ඉල්ලුම්කරුගේ දුරකථන අංකය/பயனாளியின் தொலைபேசி இல 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
9. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/தேசிய அடையாள அட்டை இல:- 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
වැඩිහිටි හැඳුනුම්පත් අංකය/முதியோர் அடையாள அட்டை இல 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
10. ආදායම් මාර්ගය (මාසිකව ලැබෙන ආදායම හා ආදායම් මාර්ගය සඳහන් කරන්න) වර්තමානයේ වාර්ෂික වැටුප්පත්

සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් 

|  |
|--|
|  |
|--|

 මහජනාධාර අංකය 

|  |
|--|
|  |
|--|

 වෙනත් 

|  |
|--|
|  |
|--|

  
பொதுசன மாதாந்த நிதியுதவி இல சமூர்த்தி உதவி இல ஏனையவை

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.  
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை என உறுதியளிக்கின்றேன்.

දිනය/திகதி :-.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන / விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

**ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය/கிராம சேவகர் சான்றிதழ்**

ඉහත සඳහන් ඉල්ලුම්කරු වන ..... මා හොඳින් දන්නා බවයි.....ග්‍රාම නිලධාරී වසමේ පදිංචි බවත්, ඉල්ලුම්කරු අවුරුදු 60 සම්පූර්ණ කර ඇති බවත්, පවුලේ මාසික ආදායම රු.6,000/- ට අඩු, අඩු ආදායම්ලාභීය බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

මෙලෙස සහතිකයක් ලබාදීමට සූදානම් වන්නේ .....එනම්.....නමින් සහතික කරමි.  
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரியான .....என்பவரை நான் நன்றாக அறிந்துள்ளேன் என்றும், அவர்.....கிராம சேவகர் பிரிவில் வசிக்கும் 60 வயதிற்கு மேற்பட்டவரெனவும், குடும்ப வருமானம் ரூ.6,000/- ரூபாவிற்கு குறைந்த வருமானம் உடையவர் எனவும் இத்தால் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....  
ග්‍රාම නිලධාරී / கிராம சேவகர்

සමාජ සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්/ சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/மகாண சமூக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/ முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு உதவியாளர்/ அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தரின் உறுதிமொழி

ஒடிபன் கர் ஈநி கைர்நுர் நிவ்ரடி. ஓந ந஢ி ஸ்஢ன் ஈயஃ ஈந்நி காவ லொடி஢ நிர்஢ே஢ கர்நி. முன்வைக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை. மேலே பெயர் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவருக்கு கண்வில்லை வழங்குவதற்கு சிபார்சு செய்கின்றேன்.

.....  
ஸலாசு ஸேலா நிலொர்/ ஸலாந் ஸலாசு ஸேலா நிலொர் /வ்விநிநி நிநிநி புவர்஢  
ஸஹார்/ ஸவ்ர்஢ நிலொர் சமுக சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/மாகாண சமுக  
சேவைகள் உத்தியோகத்தர்/முதியோர் உரிமைகள் மேம்பாட்டு  
உதவியாளர்/அபிவிருத்தி உத்தியோகத்தர்

புா஢ேயி லேகநி/பிரதேசு செயலாளர்

ஓந ந஢ி ஸ்஢ன் ஈயஃ ஈந்நி காவ லொடி஢ ஈநுந கர்நி.  
மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவருக்கு கண்வில்லை வழங்குவதற்கு அனுமதியளிக்கின்றேன்.

.....  
புா஢ேயி லேகநி / பிரதேசு செயலாளர்

## **Report of the Doctor.**

01. Name:-.....

02. Age:.....

## **Lenses Power**

03. Foldable Intra Ocular Lenses: - .....

04. Non Foldable Intra Ocular Lenses: - .....

05. Name of the Doctor And Signature with rubber stamp :-.....

.....  
.....  
.....  
.....

லிபிநய : 2 வந மஹ, D கைஃ, ஸெந்நிபாய - ஢ேவந ஈடிஃ, வந்நர்நுல்.  
முகவரி : 2ஆம் மாடி,தொகுதி D,செந்நிபாய-கட்டம் II,பத்திரமுல்லை  
Address : 2<sup>nd</sup>Floor,Block D, Sethsiripaya- II Stage, Baththaramulla.  
ஈ-மேல்/ஈ-மெயில்/ E-mail : [nsemss@gmail.com](mailto:nsemss@gmail.com)  
நுந்நி/ பெக்ஸ் / Fax : 0112187015

஢ுர்஢ந / தொலைபேசி/ Telephone:  
ஈயந்நி / பணிப்பாளர் / Director : 0112187045  
காஈயாலய / அலுவலகம் / Office  
ஸவ்ர்஢ ஈய : 0112054164  
ஈயநந ஈய : 0112054136  
நிநுநி ஈய : 0112054138