



**பாலாடி ஸ்தித பூத்டுலயன் ஸதஹா பூ ஸாதித ஡ஹலேகதி கார்க்யாலய
அங்கவீனமுற்ற நபர்களுக்கான தேசிய ஸெயலகம்**



காலிக வகுவபூ ஸ்தித பூத்டுலயன் ஸதஹா ரூ.5000/- க ஡ாசிக சீவதாடார் லலா தீல.

நீண்ட காலமாக சிறுநீரக நோயினைக் கொண்ட நோயாளர்களுக்கு மாதாந்தம் ரூபா. 5000/- வழங்குதல்

பூ/லே பூபூவதா ஈகய
பி/ஸெ முன்னுரிமைப்பட்டியல் இலக்கம்

(கார்க்யால பூயேசதய ஸதஹா)
அலுவலக உபயோகத்திற்கு மாத்திரம்

A.காாப/தாாகுதி

தீஸ்திகைய :
மாவட்டம்

பூ/லே.கார்க்யாலய :
பி.ஸெ. அலுவலகம்

பூ.தி. பஸல ஹ ஈகய /கி.உ.தாாகுதி மற்றும் பிரிவு :

1. வகுவபூ ஸ்திதயன் ஸெலேத பூத்டுலயா பிசூவத காாருரு :
சிறுநீரக நோயினால் வருந்தும் நபர் தாாட்பான தகவல்கள்

1. ஸதீபூர்க ஸல/ முழுப் பையர் :

2. ஸதீபூர்க ஸல / தேசிய அடையாள அட்டை
இலக்கம் :

3. லபன் தீதய/ பிறந்த

திகதி:

4. வலய/ வயது

ஸ்தி/பூர்க ஸாலய/பெண்/ஆண் பாகுபாடு:

5. லீபீதய/ முகவரி

6. தூகப்த ஈகய/ தாாலைபேசி இலக்கம் :

(கலன் ஸதூவ தாாலீதீத பபூலே ஸை லூல ஈஸலீலீயேதூதே தூகப்த ஈகய ஸதஹன் கரன்.)

(தங்களிடம் இல்லையாயின் குடும்பத்தின் அல்லது நெருங்கிய அயலவர்களின் தாாலைபேசி
இலக்கத்தினைக் குறிப்பிடவும்.)

2. பபூலே காாருரு: (ஈ) குடும்ப தகவல்கள்

ஸல/ பையர்	ஸ்திதயா ஈகி ஸதூகல நோயாளருக்குள்ள உறவு முறை	லபன் தீதய பிறந்த திகதி	ஸ்தி/பூர்க பெண்/ ஆண்	லீலாஹ/ ஈலீலாஹ திரும்ணமானவர்/ திரும்ணமாகாதவர்

(ஈ)

ரோகியோடு டீர்வின்னோர் தோர்வூர் நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
அ.பி.50 அ.பி. 05 வயதிற்கு	பாடல் யன பாடசாலை	டீகியா கரன தொழில்	வெனன் பிற

B.கொடல்/தொகுதி

3. 1. டீர்வூர் வகுவடி ரோகியே அகி பி காலயேன் பஹ் ருடீரய பீரீபஹ் கிரீம ஈரமீத கல
சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சுத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

வீரீய/வருடம்

காடல்/ மாதம்

டீனய/ தினம்

2. பூதிகார லொனன்னா ரோகல - சிகிச்சை பெற்று வரும் வைத்தியசாலை

3. ஓலீலூகரூர் லூகி அகி ஈடார ஸஹ டீனவ லூலென ஈடார (ரூய ஹ ரூய தோவன ஸலீடானவலீன் லூலென
லூலீன் ஹ டூலாவலீன்) விண்ணப்பதாரருக்கு கிடைக்கப் பெற்ற உதவிகள் மற்றும் தற்போது
கிடைக்கப்பெறும் உதவிகள் (அரச மற்றும் அரச சார்பற்ற அமைப்புக்களிலிருந்து கிடைக்கப் பெறும் பணம்
மற்றும் பொருள் பண்ட வடிவில்)

1. லூலூ ஈடார (ரூபீயலீ)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -.....பீலனாடார/அங்கவீன வாழ்வாதார உதவி-

3. டூல ஈடார/பொருள்சார் உதவி -

மே டீர்வூர் வகுவடி ரோகியேன் (CKDu/CKD)பெலேன்னக லவ டீ ஓதன ஸடீனன் தோர்வூர் திவூரடி
லவலன்வெனன் பூடேலீய லேகமீ காரீயாலகின் மேம ஈடாரய ஸடீனா ஓலீலூ தோகல லவலன்
மேலீன் பூகால கர ஸீபீமீ.

நான் தீராத சிறுநீரக நோயினால் (CKD) பீடீக்கப்பட்ட ஓருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட
தகவல்கள் சரியானது என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வுதவிக்கான
வேண்டுகோளினை முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

டீனய/ திகதி

ரோகியோடு அன்யன/நோயாளியின் ஓப்பம்

ஸ.பூ.(CKDu/CKD)டீர்வூர் வகுவடி ரோகியே லவ தஹ்ரூர் கெரேன வெலேய திரீடேலய அபூனா திவீய ஸூய.
(அபூனூம 2 லீ ஸடீனன் ஈாகாநீய அனுவ)

வி.க. (CKDu/CKD) தீராத சிறுநீரக நோயாளி என்பதனை உறுதிப்படுத்தும் மருத்துவ அறிக்கையினை
இணைக்கவும்.(இணைப்பு 2 படிவத்திற்கு அமைய)

4 லாஹரி கிராமத்தின் கிராம உத்தியோகத்தின் பரிந்துரை

.....தி படிபீ

உதறா/ உதற்தீய உத ஸோதீடுகத ஸததற ஸதீன் ஸததீ/ஈயதீ லா஑ிக ஈாடாஸத ரூ.3000/- கத ஈதூ ஸதீன்
காடிக லகூதூ ரோஸதீன் ஸோதீற ஸதீன், லேதறன் ஸூ.தீ. காரீயாடீயகீன் தீத ஈாடா லூடூ ஔடூ தோலூகீ
ஸதீன்,தீத லூடூ ஸதூ/ ஈயதீ லாடீதூ ஸதூ ஸதீன் தீதீன் கரீதீத கர
஑ீதீ.....என்ற ஑டத்தீல் வசிகிகின்ற
தீரு/தீருதீ/ஸதீல்வீ.....அவர்களை
நாண் தனிஸ்பட்ட ஡ுறையீல் அறீவேண் எனவூ அவர்/அவளீன் ஡ாதாந்த வரு஡ாண் ரூபா.3000/- ஑
வீடிக் குறாவாஸது எனவூ நீண்டகால஡ாகத் தீராத சிறுநீரக நோயீனால் ஡ீக்கஸ்பட்ட ஓருவர்
எனவூ ஏனைய ஡ிரதீச ஸெயலகத்தீனூடாக ஑வ்வுதவீப் ஡ஸத்தீனைப் ஡ெறுவதற்கு வேண்டுகோள்
எதுவூ ஡ுன்வைக்கஸ்படவீல்லை எனவூ ஡ற்றூ ஑ீப்஡ண் அவண்/அவளுக்கு வ஡ங்குவது
஡ொருத்த஡ாஸது எனவூ ஑த்தால் ஡ரீந்துரை ஸெய்கீன்றேண்.

தேயம்/திகதி -

அதீதம்/ஒப்பம்

(ස.සේ.නි.නිල මුද්‍රාව)

(கி.உ. இறப்பர் முத்திரை)

5. **பலாப ஷீலா திருமாரி வர்க்கால / சமூக சேவை உத்தியோகத்தரின் அறிக்஑ை**

.....ලිපිනයෙහි
පදිංචි.....මහතා/ මහත්මිය අඩු ආදායම්ලාභිය. මෙම කාලික චකුගඩු රෝගාධාර
මුදල ඔහුට/ ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බව මෙයින් නිර්දේශ කර සිටිමි.

திரு/திருமதி/செல்வி என்ற இடத்தில் வசிக்கின்ற
வருமானம் பெறும் ஒருவர் இந்த தீராத சிறுநீரக நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை
அவன்/அவளுக்கு வழங்குதல் பொருத்தமானது என இத்தால் பரிந்துரை
செய்கின்றேன்

தேய திகதி --

නම :-

அதீதம்/ஒப்பம்

(டி.பி.பி.சி.சி.சி. சி.சே.உ இறப்பர் முத்திரை)

6. **பிராஜெகிய லேகலிளே திரீஜேய/பிரேதச சேயலாளர் பரிந்துரை**

இந்த தீராத நோய்க்கான உதவிப் பணத்தினை அவன் /அவளுக்கு வழங்குவதைப் பரிந்துரை செய்கின்றேன்

நேய/திகதி -

අත්සන/ඉටුපත්.....

(பாடேயில் லேவை கிடைத்தது)/(பி.செ.செயலாளரின் இறப்பர் முத்திரை)

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 අංක)

Clinic No:.....
(සායන 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 හොඳින් කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා නිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල් 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./Miss.....ofis suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients

YES	NO
-----	----

Dialysing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:.....

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)