



හදිට් හදික් හාරකාර අරමුදල HEART TO HEART TRUST FUND இதயத்திற்கு இதயம் நம்பிக்கை நிதியம்

Sri Jayawardenapura General Hospital
Thalapathpitiya, Nugegoda, Sri Lanka.

Tel: (+94) 77 734 4410 / (+94) 71 824 4645 / (+94) 71 824 4601 / (+94) 11 277 8610 Ext. 3268
Email: heart2hearttrustfund@gmail.com / Web: www.heart2hearttrust.org

Issue Date:
Receive Date:
Approval on:
OK / Not:
Paid : Rs.
SX:

உலீலுலு பதுய / Application Form / விண்ணப்பப் படிவம்

- 1) රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම
நோயாளியின் முழுப்பெயர்
Patient's Full Name }
(கி/மீ/ம/ய/உ/உ/உ) (Rev/Mr./Mrs./Miss)
(வணக்கத்திற்குரிய/திரு/ திருமதி/செல்வி/செல்வன்/குழந்தை)
2. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்
N.I.C No. }

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. ලිපිනය
முகவரி
Address }
.....
.....
4. දුරකථන අංකය
தொலைபேசி இலக்கம்
Telephone No. }

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5. වයස
வயது
Age }
අවුරුදු / வருடம் / Years மாதங்கள் / Months
6. වර්තමාන රැකියාව
தற்போதைய தொழில்
Present Occupation }
.....
.....
විශ්‍රාමිකයෙක් නම් සේවය කළ අයතනය සඳහන් කරන්න
ஓய்வூதியம் பெறுநராக இருப்பின் இறுதியாக
தொழில் புரிந்த இடத்தை குறிப்பிடுக
If Pensioner, state the last place of work }
.....
.....
වර්තමාන වැටුප / විශ්‍රාම වැටුප රු:
தற்போதைய சம்பளம் / ஓய்வூதியம் ரூ:
Present Salary / Pension Rs. }
.....
7. වර්තමාන රැකියා ස්ථානයේ ලිපිනය
தற்போது தொழில் புரியும் இடத்தின் முகவரி
Address of present place of employment }
.....
.....
8. විවාහක / අවිවාහක / වැන්දඹු
விவாக நிலை (விவாகமானவர்/விவாகமாகாதவர்
/ விதவை/ தபுதாரன் (மனைவியை இழந்தவர்)
Marital status (Married/Single/Widow) }
.....

2) 1. ரொடியோல் ஸ்பீர் படிப்பி ப்ரடேயஸ் டிஸன் லன் டிஸ்ட்ரிக்ட்
நோயாளியின் நிரந்தர வதிவிடத்தின் மாவட்டம்
District of the patient's permanent residence

2. ப்ரடேயஸ் லேக்மி கோபியாடிஸ்
உள்ளூர் அரசாங்க வட்டாரம்
Divisional Secretary's division

3. ரொடியோல் ஸ்பீர் படிப்பி ப்ரடேயஸ் டிஸன் லன் டிஸ்ட்ரிக்ட்
நோயின் தன்மை/அறுவை சிகிச்சை
Nature of Illness / Surgery

4. ரொடியோல் ப்ரதிகார கர்ன வெல்டர்ஸோல் நல் ஸன் லிபிநிஸ்
நோயாளிக்குச் சிகிச்சையளிக்கும் மருத்துவரின்
பெயரும் முகவரியும்
Name and address of the Doctor treating the patient

5. வெல்டர்ஸோல் ப்ரதிகார ஸ்டீஸ் டிஸன் லன் டிஸ்ட்ரிக்ட்
கணக்கிடப்பட்ட சிகிச்சைத் தொகை ரூ
Estimated cost of medical treatment

(ஊயா பிபபன் டிஸ்ட்ரிக்ட்/நிழற்பிரதிகளை இணைக்கவும்
/ Attach photcopy)

6. ரொடியோல் ப்ரதிகார ஸ்டீஸ் டிஸன் லன் டிஸ்ட்ரிக்ட்
கணக்கிடப்பட்ட சிகிச்சைத் தொகை ரூ
Estimated cost of medical treatment
நோயாளியின் குடும்ப விபரம் / நோயாளியின் மாதாந்த வருமானம் (அண்ணளவாக)
ஓய்வூதியம் பெறுநராக இருந்தால் தற்போதைய ஓய்வூதியம் / பிள்ளைகளின் வருமானம் கீழே
குறிப்பிடப்பட வேண்டும்
Details of family members of the patient and the monthly income of the family (approximately)
(Income of children)

	நல் பெயர் Name	நட்பு உறவு Kinship	வயது Age	பிவாஹ / டிவாஹ லி விவாகமான வர் / விவாகமாகா தவர் Married/ Unmarried	டகியல் / வாபார்ஸ் தொழில் / வணிகம் Occupation / Business	மாதிக மாதாந்த வருமானம் Monthly income	மாதிக மாதாந்த வருமானம் Monthly income	மாதிக மாதாந்த வருமானம் Monthly income	மாதிக மாதாந்த வருமானம் Monthly income
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

7. ரෝடியோய் பதிலுக்கு அளவு நிஷ்வல லா வலுவு டேபலுவு வலுவு வலுவு
(பிலுவு அலுவு / ஓலுவுலுவு லுவு லுவு. ஓலுவு லுவுலுவு லுவுலுவு லுவுலுவு)
நலுலுலுலுலுலு குலுலுபுலுலு நலுலுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலுலுலுலுலு லுலுலுலு
(லுலுலுலுலுலுலு லுலுலுலுலுலுலு லுலுலுலு. லுலுலுலுலுலு லுலுலுலுலு) Value of movable and immovable property owned by the family of the patient (write in figures & letters)

1	நிஷ்வல டேபலு (ஓலுலு லுலு லுலுலு) நலுலுலுலு லுலுலுலு (நலுலு லுலுலு லுலுலு) Immovable property (Lands & Houses)	டுலு வலுலுலுலு லு: லுலுலுலு லுலுலுலு Value Rs.
1		
2		

2	லுலுலு லு லுலுலுலு வலுலு டேபலு லுலுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லுலுலுலு Vehicles & other movable property	டுலு வலுலுலுலு லு: லுலுலுலு லுலுலுலு Value Rs.
1		
2		

8. லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு
லுலுலுலுலு லுலுலுலு லுலு லுலுலுலுலுலுலு லுலு லுலுலுலுலுலு லுலு
Give details how funds for treatment has been raised

லுலுலு லுலுலுலு லுலுலு / லுலு லுலுலுலு லுலு லுலுலு / Method of obtaining funds

** (லுலு லுலுலு லுலுலுலு / லுலுலுலுலுலுலு லுலுலுலுலு / Attach photocopy)

(லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலு லுலுலுலு / லுலுலுலு லுலுலுலு லுலுலுலு லுலுலுலு லுலுலுலுலுலு லுலுலுலுலுலு
/JP Signature & Rubber Stamp)

1	லுலுலு லுலுலு லு: / லுலுலுலு லுலுலு / லுலுலுலு லு Personal savings Rs.	
2	லுலுலுலு லுலுலுலு லு: / லுலுலுலு லுலு லு / Presidential fund Rs. **	
3	லுலுலு லுலுலு லுலு லுலுலுலு லு: / லுலுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லு Employees Trust Fund – ETF Rs. **	
4	லுலுலு லுலுலு லுலு லுலுலுலு லு: (லுலுலு லுலுலு) / லுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லு / N.I.T.F. (National Insurance Trust Fund) **	
5	லுலுலுலு லுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லு: / லுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லு / From Place of Employment Rs. **	
6	லுலுலு லுலு லுலுலுலு லுலுலு லுலுலு லு: / லுலுலு லுலுலு லுலுலுலு லுலுலு லு / Any other Insurance Fund Rs. **	
7	லுலுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லு: / லுலு லுலுலு லுலுலு லுலுலு லு / Non-Governmental Organization Loans (Borrowings) Rs. **	
8	லுலுலு லுலுலுலுலு லு: / லுலுலுலு / லுலுலுலு லு / Gifts/donations Rs. **	
9	லுலுலு லுலு லுலுலு லு: / லுலுலு லு / Loans (Borrowings) Rs. ** ###	
10	லுலுலு லுலுலு லு: / லுலுலுலு லு / Mortgage Rs. **	
10	லுலுலு லுலுலு லுலுலு (லுலுலு லுலுலுலு லுலுலுலு) / லுலு லுலுலுலு லுலுலு லுலுலு / Other sources of funds Rs.	

9. ப்ரதிகார ஸடஹ ருஹலு அருலுன் லீய ஸுரு டீனய

(ஸதாபு கீரீலு டீயலீலீ அருலுன் ஸுரு)

சிகிச்சைக்காக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட

வேண்டிய திகதி (ஆவணங்களை இணைக்க)

Date to be admitted to hospital for treatment (attach document)

.....
.....

ஓதக ஸடஹன் ஸுரருரு ஸதா ஹ திலுரு லுலன், லுலு ஸுணாடார டுலீலு ருஹீயா ஸுரு லுலன் ஸுதா ஸுரு. அஸதா ஸுரருரு ஸலயா அருன்லு ஹு ஸுலாஹுலன் ஸுரருரு ஸலயா துன்லு அஸுலுலக ஸுலுன்லுல லுத லு லு டீனலீ.

மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் மிகச்சரியானவை என்று உறுதியளிக்கிறேன். மேலும் வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் பொய்யானவை என நிரூபிக்கப்படும் பட்சத்தில் எனது விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் என்பதனையும் அறிவேன்.

I hereby state that the above details are correct and accurate. I am aware that my application will be rejected if the details are proved false.

.....
அஸுலுலுருலு / ருஹீயாலு அன்லு

நுலயாளிலுன் / விண்ணப்பதாரிலுன் கையொப்பம்

Signature of Patient / Applicant

.....
டீனய

திகதி

Date

PHOTO	ஸுல திலுலு அன்லு கிராம ஸேவகர் கையெழுத்து Grama Sevaka Signature ☎ டீனய ஹ லுலுல தேதி மற்றும் ரப்பர் ஸ்டாம்பு Date and Rubber Stamp
ஸுலாருலு ஸலா லுடல ஹலீனய ஸடஹ கருலுன்: லுல / துத ஸுலக ஹடகங்களில் பயன்படுத்த புகைப்படத்திற்கான ஓப்புதல்: ஆம்/ இல்லை Consent for Photo to be used in Social Media: Yes / No	

උපදෙස් පත්‍රිකාව

හදට හදක් භාරකාර අරමුදලින් දෙනු ලබන වෛද්‍යාධාරය පුනර්ජනනාධාරයකි. එය ලැබීමට ඔබ සුදුස්සෙක් නම් පමණක් මෙම උපදෙස් පත්‍රිකාව හොඳින් කියවා බැලීමෙන් අනතුරුව අයදුම්පත සම්පූර්ණ කරන්න.

1. මූලික සුදුසුකම වන්නේ ඔබ ජනාධිපති අරමුදලින් මූල්‍ය ආධාර ඉල්ලුම් කර තිබිය යුතුය.
2. ජනාධිපති අරමුදලින් ආධාර ලබාගැනීම සඳහා වන අයදුම්පත සම්පූර්ණ කළ ආකාරයටම මෙම අයදුම්පතද සම්පූර්ණ කරන්න.
3. පුනර්ජනනාධාරය ඉල්ලුම් කිරීමේ ලිපියක් රෝගියා/අයදුම්කරු විසින් සහාපති, හදට හදක් භාර අරමුදල, ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර මහ රෝහල, තලපත්පිටිය, නුගේගොඩ යන ලිපිනයට ඉදිරිපත් කළයුතුය.
4. අයදුම්පතේ සියලුම කොටස් සම්පූර්ණ කළයුතු අතර හිස්ව තැබීමෙන් වලකින්න. ඡායා පිටපත් අවශ්‍ය කොටස්වලට ඇමිණිය යුතුය.
5. නිවැරදි හා සත්‍ය තොරතුරු ඇතුළත් අයදුම්පත තම ප්‍රදේශයේ ග්‍රාමසේවක වරයා/වරිය විසින් සහතික කිරීමෙන් අනතුරුව රෝගියා රෝහලට ඇතුළුවීමට සකියකට පමණ පෙර භාරදිය යුතුය.
6. මෙම ආධාර මගින් රෝගියාගේ සම්පූර්ණ බිල්පත් පියවීමක් නොකෙරෙන බවද කරුණිකව සලකුව මැනවි.
7. රෝහලේ ගිණුම් අංශය මගින්, රෝගියා රෝහලින් පිටවන අවස්ථාවේදී මෙම ආධාර මුදල බිල්පතින් අඩුකරලීමට කටයුතු කරනු ලැබේ.

අභිවෘත්තල් පත්තිරාම

இதயங்களை இணைக்கும் நம்பிக்கைப்பொறுப்பு நிதியத்தின்மூலம் வழங்கப்படும் வைத்திய உதவியானது ஓர் புண்ணிய உதவியாகும். அதைப் பெறுவதற்கு நீங்கள் தகைமையுடையவராக இருந்தால்மட்டும் இவ்வறிவுறுத்தல் பத்திரத்தை நன்கு வாசித்துப் பார்த்து விண்ணப்பப்படிவத்தைப் பூர்த்திசெய்யவும்.

1. நீங்கள் சனாதிபதி நிதியத்துக்கு நிதியுதவி கோரி விண்ணப்பித்திருப்பது அடிப்படைத் தகைமையாகும்.
2. சனாதிபதி நிதியத்தைப் பெறுவதற்காக விண்ணப்பப்படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்தவாறு இவ்விண்ணப்பப்படிவத்தையும் பூர்த்திசெய்க.
3. புண்ணிய உதவிகோரும் கடிதமானது நோயாளி/விண்ணப்பதாரரினால் தலைவர், இதயங்களை இணைக்கும் நம்பிக்கைப்பொறுப்பு நிதியம், இலங்கை ஸ்ரீ ஜயவர்த்தனபுர வைத்தியசாலை, தலபத்திட்டிய, நுகேகொடை என்ற முகவரிக்குச் சமர்ப்பிக்கப்படல்வேண்டும்.
4. விண்ணப்பப்படிவத்தின் சகல பகுதிகளும் நிரப்பப்பட வேண்டும் என்பதுடன் வெற்றிடமாக விடுவதைத் தவிர்க்கவும். தேவையான பகுதிகளுக்கான நிழற்பிரதிகளை இணைத்தல்வேண்டும்.
5. சரியான மற்றும் உண்மையான தகவல்கள் உள்ளடக்கப்பட்ட விண்ணப்பப்படிவங்கள் உங்கள் பகுதிக்குப் பொறுப்பான கிராம உத்தியோகத்தரால் உறுதிப்படுத்தப்பட்டதன்பின்னர் நோயாளி வைத்தியசாலையில் அனுமதிப்பதற்கு சுமார் ஒரு கிழமைக்கு முன்னர் கையளிக்கப்படல் வேண்டும்.
6. இவ்வுதவி மூலம் நோயாளியின் முழுச் சிட்டைகளுக்கான கொடுப்பனவுகளும் மேற்கொள்ளப்படமாட்டாது என்பதைத் தயவுசெய்து கவனத்தில்கொள்க.
7. வைத்தியசாலையின் கணக்குப் பிரிவினால், நோயாளி வைத்தியசாலையிலிருந்து வெளியேறும் சந்தர்ப்பத்தில் நோயாளியின் சிட்டைகளிலிருந்து கழிப்பதற்கு நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.

Instructions to Applicants

The Medical assistance given by the Heart To Heart Trust Fund is a charity. Please read the instructions carefully and fill the Application Form if you find yourself eligible to seek such medical assistance.

1. Basic eligibility is that you must apply for financial assistance from the President's Fund.
2. Fill this application in the same manner that you filled the application for financial assistance from the President's Fund
3. The request Letter for medical assistance from the patient/applicant should be send to the following address: The Chairman, Heart To Heart Trust Fund, Sri Jayewardenepura General Hospital, Thalapatthipitiya, Nugegoda
4. Complete the application Form in full and avoid blank spaces. Photo copies should be annexed to the application where necessary.
5. Handover the application with accurate and true details certified by the Grama Niladhari of your division one week before the patient is admitted to the Hospital.
6. Please note that the patient's total medical bill is not settled with this assistance.
7. The Accounts Division of the hospital will deduct the approved assistance from the patient's medical bills at the point when the patient is discharged from the hospital.