

(II)

ரேயியாசே டிரைவ்மேன் தோரதுரு நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
அடி.50 அடி 05 வயதிற்கு	பாடல் யன பாடசாலை	டகியா கரன தொழில்	வெனன் பிற

B.கொடய/தொகுதி

3. I. வதுமடி ரேயசே அகி பி காலசேன் பது ருமெய பிபெய கிரெ காரமக கல
சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சுத்தஞ் செய்தல் ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

பெயர்/வருடம்

கொடய/ மாதம்

தினம்/ தினம்

- II. புகிசுர டொமன்காரேயல - சிகிச்சை பெற்று வரும் வைத்தியசாலை

4. ஓட்லூகர்டு டுவி அகி அமர் ஸ டுனட் டுலென அமர் (யசு ஸ ரசு ஸெய கம்பெனலென் டுலென பிடுலென் ஸ டுலென) விண்ணப்பதாரருக்கு கிடைக்கப் பெற்ற உதவிகள் மற்றும் தற்போது கிடைக்கப்பெறும் உதவிகள் (அரசு மற்றும் அரசு சார்பற்ற அமைப்புகளிலிருந்து கிடைக்கப் பெறும் பணம் மற்றும் பொருள் பண்ட வடிவில்)

I. பிடுலூ அமர் (ரூபெல)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -

II. அமெயிவ் பிடுலூ/அங்கவின் வாழ்வாதார உதவி-

III. டுலூ அமர்/ பொருள்சார் உதவி -

மே வதுமடி ரேயசேன் பசுலென்கலு லெ-டு ஓயன ஸடென் தோரதுரு திடுர்டி லெலன் வெனன் பூடேயே லேகலி கார்டுலகின் மே அமர் ஸடென் ஓட்லூ தோகல லெலன் மேயின் புகாசு கர டிபிதி.
நான் சிறுநீரக நோயினால் பீடிக்கப்பட்ட ஒருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வதவிக்கான வேண்டுகோளினை முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

.....
தினம்/ திகதி

.....
ரேயியாசே டிரைவ்மேன்/நோயாளியின் ஒப்பம்

ஸ.பு அபிஷே 2 காணிய அது வதுமடி ரேயசேயு லெ கனபுர கெரென வெலா திர்டேயசு அபிஷே கிபிசு புகுசு.

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

**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 අංකය)

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 නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම්, හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල 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.....of
.....is 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)

.....හි පදිංචි.....

මහතා/ මහත්මිය/මෙන විය මම පොද්ගලිකව හඳුනා බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ පවුලේ මාසික ආදායම රු. 6000/- කට අඩු බවත් වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බවත්, වෙනත් ප්‍රා.ලේ. කාර්යාලයකින් මෙම ආධාර මුදල ඉල්ලා නොමැති බවත්,මෙම මුදල ඔහුට/ඇයට ලබාදීමට සුදුසු බවත් මෙයින් නිර්දේශකර සිටිමි .

தீர்மானம்/தீர்மானம்

தேதிய / திகதி

பேராய/திகதி -

Scanned with
 CamScanner™

MEDICAL CERTIFICATE

1. Name of Patient / :

രദ്ദിക്കാൽ നമ/നോധാലിയീൻ പെയർ :

2. Age/ വയസ്സ് /വയസ്സ് :

3. Sex / ലിംഗം / ലിംഗം :

ആണ് / പെണ്ണ് വേறுപാറ :

4. Address/ വിലാസം / വിലാസം :

5. Name of the Clinic / Hospital/ :

ഓഡനാൽ / രദ്ദിക്കാൽ :

മിന്നിനിക് പെയർ / വൈത്തിയശാല :

i. Card No/ കാർഡ് നമ്പർ / കാർഡ് :

ii. Clinic No/ ഓഡന നമ്പർ / മിന്നിനിക് :

This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....
 suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor / outdoor Patie

A. eGFR

--

B. Dialyzing patients

YES	
NO	

C. Dialyzing commenced on

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

Date:

Nephrologists / Consultant V.P.

(Official Seal)