SRI LANKA ARMED FORCES VETERANS' ASSOCIATION

ශ්‍රී ලංකා සන්නද්ධ හමුදා ප්‍රවීණයන්ගේ සංගමය

Home of Veterans, No 7, Defence Ministry Road, Battaramulla
Tel – 0112445682, 0772201350 – email : info.slafva@gmail.com

PRAVEEN DIRIYA MEMBERSHIP NO

APPLICATION FOR PRAVEENA DIRIYA HEALTH BENEFICIARY GRANT

ප්‍රවීණ දිරිය සෞඛ්‍ය ප්‍රතිලාභ දීමනා අයදුම්පත්‍රය

1. Applicants Name :-.....
   අයදුම්කරුගේ නම

2. Name of Spouse (Only when claiming for spouse -Copy of certified marriage certificate) :-.
   කලත්‍රයාගේ නම (කලත්‍රයා වෙනුවෙන් සෞඛ්‍ය ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමේදී-විවාහ සහතිකයේ සහතික කල පිටපතක් ඇමිණිය යුතුයි)
   .....

3. Telephone No. දුරකථන අංකය :-..... Natioanl Identity Card No. :-.....
   ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය (පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

4. Served in Army/Navy/Air Force :-.....
   සේවය කල හමුදාව - යුධ/නාවික/ගුවන්

5 Regiment :-..... Service No :--..... Rank :-.....
   රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිළය

6. Association Membership No :-..... SLAFVA ID No. :-.....
   සංගමයේ සාමාජික අංකය (ශ්‍රීලසභප්‍රස හැඳුනුම්පත් අංකය - පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

7. Bank Account No ……. Bank…… Branch……...
   බැංකු ගිණුම් අංකය බංකුව ශාඛාව
   (බැංකුපොතෙහි ඡායා පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

PARTICULARS OF SURGERY (Member/ Spouse)

ශල්‍යකර්මයේ විස්තර (සාමාජිකයා/ කලත්‍රයා)

1. Type of Surgery/Medical Condition (attach Diagnosis Card) :-.....
   ශල්‍යකර්මය / අසනීප තත්වය - රෝග විනිශ්චය පතෙහි පිටපතක් ඇමිණය යුතුය

2. Expenditure Incurred :-.....
   දරණ ලද වියදම (මාස 3 ක් නොඉක්මවන ලද බිල්පත් හා ලියකියවිලි මාස 03ක් ඇතුලත ඉදිරිපත් කල යුතුය)

Date:-..... .....

Applicant's Signature

Comments and report by Applicant's Association

Membership No of the Applicant :-.....

Observation/Recommendation :-.....

Date:-..... .....

President/Hony. Secretary of the Association
(Association Seal)

Disposal By Medical Committee

Recommended/ Not Recommended Amount Recommended: Rs. .....

Date:-..... ....

Chairman/Member of the Committee

APPROVAL BY PRAVEENA DIRIYA COMMITTEE

Recommended/ Not Recommended Amount Recommended: Rs. .....

Date:-..... ....

Chairman/Member of the Committee

OFFICE USE ONLY

DETAILS OF PREVIOUS MEDICAL GRANTS OBTAINED

Month	Year	SLAFVA No	Amount	Diagnosis

පහත සඳහන් පිටපත් ඇමිණිය යුතුය

- ශ්‍රීලංසේමුහස/ශ්‍රීලංසහප්‍රස හැදුණුම්පත
- ජාතික හැදුණුම්පත
- බැංකු ගිණුම් පොත
- රෝග විනිශ්චය පත
- ශල්‍ය කර්මය/ අසනීපයට අදාලව සිදුකරන ලද වියදම් වෙනුවෙන් මාස 03ක් නොඉක්මවූ බිලිපත්/ලියකියවිලි.