



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

APPLICATION FOR SPECTACLES/HEARING AIDS

ඇස් කණ්ණාඩි/ශ්‍රවණාධාර දීමනා අයදුම්පත්‍රය

PRAVEEN
DIRIYA
MEMBERSHIP
NO

1. Applicants Name :-.....
අයදුම්කරුගේ නම
2. Telephone No. දුරකථන අංකය :-..... Natioanl Identity Card No. :-.....
3. Served in Army/Navy/Air Force :-.....
සේවය කළ හමුදාව - යුධ/නාවික/ගුවන්
4. Regiment :-..... Service No :-..... Rank :-.....
රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිලය
5. Association Membership No :-..... SLESA ID No. :-.....
සංගමයේ සාමාජික අංකය
6. Bank Account No Bank..... Branch.....
බැංකු ගිණුම් අංකය බැංකුව ශාඛාව
(බැංකුපොතෙහි ඡායා පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

PARTICULARS OF OPTICIAN - දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ විස්තර

1. Name of the Optician :-.....
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ නම
from whom the (Spectacles Purchased(ඇස් කණ්ණාඩි මිලදී ගත් දෘෂ්ටිවිශේෂඥයා)
2. Optician's Address :-.....
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ ලිපිනය
3. Date of the prescription not later:-.....than 03 months
(Prescription should be from the Government Hospital please attach photo copy) (වෛද්‍ය නිර්දේශය රජයේ රෝහල/හමුදා රෝහල් හෝ පිලිගත් ආයතනයකින් විය යුතුය. ඡායාස්ථික පිටතක් ඇමිණිය යුතුය)

I hereby declare that the above particulars furnished by me, are true and correct to the best of my knowledge.
(මා විසින් ඉහත සඳහන් කර ඇති විස්තර මාගේ දැනීමේ හා විශ්වාසයේ හැටියට සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි)

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

DETAILS OF PREVIOUS SPECTACLES/HEARING AIDS GRANTS OBTAINED

Month	Year	SLAFVA No	Amount	Remarks

පහත සඳහන් පිටපත් ඇමිණිය යුතුය

- ❖ ශ්‍රී ලංකේෂ්වරයා/ශ්‍රී ලංකාප්‍රසාද හැඳුණුම්පත
- ❖ ජාතික හැඳුණුම්පත
- ❖ බැංකු ගිණුම් පොත
- ❖ රෝග විනිශ්චය පත
- ❖ ඇස් කණ්ණාඩා / ශ්‍රවණාධාර මිලදී ගැනීම වෙනුවෙන් වැයකළ මාස 03ක් නොඉක්මවූ බිලිපත්.