



සාමාජිකත්වය සඳහා අයදුම්පත්‍රය

මෙහි පහත අත්සන් කරන මම, මාර්ග සංවර්ධන අධිකාරියේ සූභසාධක සංගමයේ සාමාජිකයෙකු වශයෙන් බඳවා ගන්නා ලෙස ඉල්ලමි. සංගමයේ නීතිරීතිවලට එකඟව කටයුතු කිරීමට ද, මෙයින් එකඟ වෙමි. සාමාජික මුදල් වැටුපෙන් අඩුකර ගැනීම සඳහා බලය පැවරීමේ ප්‍රකාශය ද මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම:-.....
.....
- 1.1 සේවා අංකය:-..... 1.2 දුරකථන අංකය:-.....
- 1.3 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-.....
02. පුද්ගලික ලිපිනය:.....
.....
03. සේවය කරන අංශය/කාර්යාලය:.....
04. තනතුර:.....
05. වර්තමාන වැටුප:.....
06. අධිකාරියේ සේවය සඳහා පත්වූ දිනය:.....

.....
දිනය
.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

සාමාජික මුදල් හා අනෙකුත් අඩුකිරීම්

- | | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| 1. සාමාජික මුදල | - | රු..... |
| 2. අවමංගලභාධාර යෝජනා ක්‍රමය | - | රු..... |
| 3. විශ්‍රාම වැටුප් යෝජනා ක්‍රමය | - | රු..... |
| 4. ඉතිරි කිරීම් ගිණුම සඳහා මාසිකව | - | රු..... |

ඉහත සඳහන් යෝජනා ක්‍රම සඳහා සාමාජිකත්වය ලබාගත්දින
.....මසවර්ෂය සිට මගේ වැටුපෙන් අඩු කිරීමට බලය පවරමි.

.....
දිනය
.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

.....වෙති දින පැවැත්වූ විධායක කමිටුව,
.....යටතේ සාමාජිකත්වය ප්‍රධාන කිරීම අනුමත කරන ලදී.

.....
සභාපති/ලේකම්

මාර්ග සංවර්ධන අධිකාරියේ සුභසාධක සංගමයේ
අවමංගල්‍යාධාර සේවාවේ සාමාජික අයදුම්පත්‍රය

- | | | | |
|-----|--|---|-------|
| 01. | සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම | : | |
| 02. | ලිපිනය | : | |
| 03. | උපන් දිනය | : | |
| 04. | විවාහක/අවිවාහක බව | : | |
| 05. | සේවය කරන අංශය/කාර්යාලය | : | |
| 06. | තනතුර | : | |
| 07. | සාමාජික අංකය | : | |
| 08. | සේවා අංකය | : | |
| 09. | මාර්ග සංවර්ධන අධිකාරියේ සේවයේ යෙදී සිටින දෘතීන් පිළිබඳ විස්තර: | | |

නම	තනතුර	සේවා ස්ථානය	ඥාති සම්බන්ධතාවය

10. අවමංගලාධාර ලැබිය යුතු අය පිළිවෙලින්:
විවාහක සාමාජිකයන් සඳහා පමණි. තම මව/පියා/කාලත්‍රයාගේ මව/පියා (ජීවත්ව සිටී නම්) සහ සහජාතක දරුවන්ද (අවිවාහක රැකියා නොකරන) ඇතුළත් විය යුතුය.

[illegible]

11. අවමංගල්‍යාධාර ප්‍රතිලාභ ලැබිය යුතු අය:
- අවිවාහක සාමාජිකයන් සඳහා පමණි. තම මව/පියා (ජීවත් වේ නම්) අවිවාහක රැකියා නොකරන සහෝදර/සහෝදරියන්ගේ විස්තර ඇතුළත් විය යුතුය.

නම	වයස	ජා.හැ.අංකය	ඥාති සම්බන්ධය

12. සාමාජිකයා/සාමාජිකාවගේ මරණය සිදුවූ විට ඔහුට/ඇයට හිමිවිය යුතු අවමංගල්‍යාධාර ගෙවීමට නිත්‍යානුකූල හිමිකම් ලැබිය යුතු අයගේ විස්තර:

නම	ජා.හැ.අංකය	ඥාති සම්බන්ධතාව

මෙහි දක්වා ඇති තොරතුරු නිවැරදි හා සත්‍ය බව සහතික කරමි. මෙම තොරතුරුවල අසත්‍ය බවක් හෙළි වුවහොත් ප්‍රතිලාභ මුදල් ලබා ගැනීම අහිමිවන අතර, එසේ ලබා ගන්නා ලද යම් මුදලක් වෙතොත් එය ආපසු ගෙවීමට මා බැඳී සිටින්නෙමි.

තවද, මේ සඳහා සාමාජික මුදල් මාගේ වැටුපෙන් අඩු කර ගැනීමට මෙයින් සංගමයට බලය පවරමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

අයදුම්පත් පිරවීමේදී පහත සඳහන් උපදෙස් අනුව ක්‍රියා කරන්න.

01. මෙම අයදුම්පත්‍රය සමඟ ඔබගේ උප්පැන්න සහතිකය, විවාහ සහතිකය (පිටපත්) අමුණා එවීමෙන් ප්‍රමාදයකින් තොරව ප්‍රතිලාභ ලබා ගැනීමට පහසුවක් වේ.
02. සාමාජික මුදල් අඩු කිරීමට පටන් ගන්නා මාසයේ සිට මාස 06 ක් ගතවීමෙන් අනතුරුව සිදුවන මරණයක් සඳහා ඔබට ප්‍රතිලාභ මුදල් ලබාගැනීමට අවකාශය ඇත.
03. මරණයක් සිදු වූ වහාම සියලු විස්තර දන්වා මරණ සහතිකයේ පිටපතක් සමඟ සේවා ස්ථානය භාර අංශ ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය ද සහිතව සංගමය වෙත ඉතා ඉක්මණින් යොමු කිරීම මැනවි.
04. කිසිදු ප්‍රතිලාභ මුදලක් ඔබ විසින් ලබා නොමැත්තේ නම්, එම මුදල ද ඒ සඳහා ලැබෙන උපරිම පොළියද සමඟ මුළු මුදලම ලබාගැනීමට ඔබට හිමිකම් ඇත.