

2026 අයවැය යෝජනා අනුව අඩු ආදායම්ලාභී පවුල්වල ආබාධ සහිත සිසුන්ට

ශිෂ්‍යාධාර ලබාදීම - 2026

**මූලික තොරතුරු - (විදුහල්පති විසින් ම සම්පූර්ණ කළ යුතු යි.)**

1. පළාත :- .....
2. අධ්‍යාපන කාර්යාලය :- .....
3. අධ්‍යාපන කොට්ඨාසය :- .....
4. පාසලේ නම:- .....
5. දුරකථන අංකය :- .....
6. සංගණන අංකය:- .....
7. විදුහල්පතිගේ නම:- .....
8. දුරකථන අංකය :- .....
9. පාසල් වර්ගය :- .....
10. පාසලේ විද්‍යුත් ලිපිනය :- .....

**ශිෂ්‍ය තොරතුරු - (විදුහල්පති විසින් ම සම්පූර්ණ කළ යුතු යි.)**

1. ශිෂ්‍යයාගේ නම :- (මුලකුරු සමඟ නම) .....
2. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :- .....
3. උපන් දිනය :- .....
4. ඇතුළත් වීමේ අංකය :- .....
5. 2026.01.01 දිනට වයස :- .....
6. අධ්‍යාපනය ලබන ශ්‍රේණිය / විශේෂ අධ්‍යාපන ඒකකය :- .....
7. මෙම ශිෂ්‍යයාගේ පාසල් පැමිණීම:- (අදාළ කොටුව තුළ  $\sqrt$  යොදන්න)

දිනපතා පැමිණෙයි

කඩිත්කඩ පැමිණෙයි

විදුහල්පති නිර්දේශය:- ඉහත තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන .....

(නිල මුද්‍රාව)

දිනය .....

**පවුලේ තොරතුරු :- (ග්‍රාම නිලධාරී විසින් ම සම්පූර්ණ කළ යුතු යි.)**

(අදාළ කොටුව තුළ √ යොදන්න)

1. මව ජීවතුන් අතර ඇත  නැත
2. මව ජීවතුන් අතර සිටි නම් මවගේ වෘත්තිය :- .....
3. පියා ජීවතුන් අතර ඇත  නැත
4. පියා ජීවතුන් අතර සිටි නම් පියාගේ වෘත්තිය :- .....
5. මව හා පියා නීත්‍යානුකූලව වෙන්ව ඇත  නැත
6. මාසිකව පවුලේ මුළු ආදායම :- රු. .... (2026.01.01 දිනට අදාළව)
7. පවුලේ සිටින සාමාජිකයන් ගණන (මව, පියා ඇතුළුව) :- .....
8. එක් සාමාජිකයකු වෙනුවෙන් 
$$\left[ \frac{\text{මාසික ආදායම}}{\text{පවුලේ සාමාජිකයන් ගණන}} \right] = \text{රු. ....}$$
 මාසිකව වෙන්වන මුදල :-
9. පාසල් යන දරුවන් සංඛ්‍යාව :- .....
10. මෙම දරුවා හැර පවුලේ සිටින වෙනත් ආබාධිත දරුවන් සංඛ්‍යාව .....
11. අවුරුදු 4-16 අතර පාසල් නොයන ආබාධ සහිත දරුවන් සංඛ්‍යාව .....
12. ඔබ ලබන වෙනත් මූල්‍යමය ආධාර / ශිෂ්‍යාධාර :-

.....  
 .....

ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.

ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන ..... දිනය .....

(නිල මුද්‍රාව)

අනුමත කරමි.

ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන ..... දිනය .....

(නිල මුද්‍රාව)

වෛද්‍ය නිර්දේශය :- (විශේෂ අධ්‍යාපන අවශ්‍යතාවය / රෝගී තත්වය)

(වෛද්‍යවරයා විසින් ම සම්පූර්ණ කළ යුතු යි.)

පවතින ඌනතාවය / දුබලතාවය / ආබාධ සහිත භාවයෙහි නිව්‍රතාවය පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න.

1. සායන සඳහා සහභාගිවන ආකරය :- සතියකට වරක් / දෙසතියකට වරක් / මාසිකව / දෙමාසිකව /  
 ත්‍රෛමාසිකව / මාස 06ට වරක් / වාර්ෂිකව
2. මාසිකව සායනයට සහභාගිවීම හෝ ඖෂධ සඳහා වැය වන මුදල :- රු. ....  
 (ආසන්න වශයෙන්)

වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන .....  
 (නිල මුද්‍රාව)

දිනය .....

නොවිධිමත් හා විශේෂ අධ්‍යාපන අධ්‍යක්ෂ,  
 මෙම අයදුම්පත්‍රය ඉදිරි කටයුතු සඳහා ඔබවෙත යොමු කරමි.

විදුහල්පති අත්සන .....  
 (නිල මුද්‍රාව)

දිනය .....