

උපදෙස් පත්‍රිකාව :-

1. රණවිරු සේවා අධිකාරිය විසින් ආබාධිත සහායක උපකරණ ලබාදෙනු ලබන්නේ ක්‍රියාත්මක හේතූන් මත සිය ශරීරාංග කැපකළ රණවිරුවන් සඳහා වේ. ළඟම ඥාතීන් වෙනුවෙන් ඉල්ලීම් ඉදිරිපත් කිරීම සුදුසුකම් හිමි නොවීමට හේතුවක් වේ.
2. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාල මට්ටමින් ස්ථාපිත කර ඇති රණවිරු සංසඳ සාමාජිකත්වය ලබා තිබිය යුතුය.
3. මින් පෙර අධිකාරිය විසින් ලබාදුන් උපකරණය නැවත ලබාදීම සඳහා ඒ ඒ උපකරණය භාවිත කළ හැකි උපරිම කාල සීමාව සැලකිල්ලට ගනු ලැබේ.
4. මෙම අයදුම්පත සඳහා දිස්ත්‍රික් නිලධාරී සහ පළාත් නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ වෙතින් නිර්දේශ ලබාගත යුතු අතර නිර්දේශය සහිතව ලැබෙන ඉල්ලීම් පමණක් ආබාධිත සහායක උපකරණ ලබාදීම සඳහා සලකා බලනු ලැබේ.
5. ආබාධිත ප්‍රතිශතය සඳහන් වාර්තාව හා මුපාඋ/යුහපති නිගමනය මේ සමග ඉදිරිපත් කළ යුතුය.\*
6. ශ්‍රවණාධාර ඉල්ලුම්කරන රණවිරුවන් ඔබගේ ශ්‍රවණ තත්වය රෝහලකින් හෝ සුදුසුකම් සහිත ආයතනයකින් පරීක්ෂාකර බැලිය යුතු අතර එම මුල් වාර්තාව සහ ඔබට ගැලපෙන ශ්‍රවණ උපකරණය පිළිබඳ සටහන් අයදුම්පත සමග අනිවාර්යෙන්ම ඉදිරිපත් කළ යුතුය. වාර්තාවේ ඡායාස්ථ පිටපතක් ඔබ ළග තබාගැනීම සුදුසුය. (ආසන්නතම මාස 03කට අදාළ වාර්තාවක් විය යුතුය)
7. උපැස් යුවල් ඉල්ලුම්කරන රණවිරුවන් සිය පෙනීමේ තත්වය රෝහලකින් හෝ සුදුසුකම් සහිත දෘෂ්ටි විශේෂඥ ආයතනයකින් පරීක්ෂාකර බැලිය යුතු අතර ඔබට ගැලපෙන කාව වර්ගය පිළිබඳ සටහන් කර ඇති මුල් වාර්තාව අයදුම්පත සමග අනිවාර්යෙන්ම ඉදිරිපත් කළ යුතුය. වාර්තාවේ ඡායා පිටපතක් ඔබ ළග තබාගැනීම සුදුසුය. (ආසන්නතම මාස 03කට අදාළ වාර්තාවක් විය යුතුය)
8. සෑම අයදුම්පතකම ඔබව සම්බන්ධ කරගත හැකි ක්‍රියාකාරී දුරකථන අංක දෙකක් ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වේ.
9. අධිකාරිය වෙත ලැබෙන මූල්‍යම ප්‍රතිපාදන හා උපකරණ ලබාදීමේ ප්‍රමුඛතා අනුපිළිවෙලට අදාළව සහායක උපකරණ ලබාදීම සිදුකරන බව කරුණාවෙන් සලකන්න. තව ද ඔබගේ ආබාධිතතාවය සඳහා සකසනු ලබන සහායක උපකරණ සැකසීම සඳහා අවැසි මිනුම් ලබාදීමට සහ පැළඳ පරීක්ෂා කිරීමේ කටයුතු සඳහා ලබාදෙනු ලබන දිනයට එම ආයතනයන් වෙත යොමු විය යුතුය.
10. සියලුම තොරතුරු පැහැදිලි අකුරින් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

**ආබාධිත සහායක උපකරණ ලබාගැනීම සඳහා අයදුම්පත - 2026**

**රණවිරු සේවා අධිකාරිය - පුනරුත්ථාපන හා පසුඋවැටුන් අංශය**

**(රණක්ෂිතයටපත් රණවිරුවන් සඳහා පමණි)**

1. රණවිරුවාගේ නම :-.....
2. සේවය :- යුධ/ නාවික / ගුවන්/ පොලිස්/ විශේෂ කාර්ය බලකාය
3. සේවා අංකය:- .....
4. නිලය:-..... ඒකකය:-.....
5. ලිපිනය:-.....
6. දුරකථන අංකය:-1 .....2 .....
7. පළාත:-..... දිස්ත්‍රික්කය:-.....
8. සංසඳය:- ..... සංසඳ සාමාජික අංකය :- .....
9. ආබාධිත වූ ස්ථානය:-.....
10. ආබාධිත වූ දිනය:-..... ආබාධිත ප්‍රතිශතය\*:- .....
11. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-..... වයස අවුරුදු:-.....

➤ අවශ්‍ය ආබාධිත උපකරණ සම්බන්ධ තොරතුරු

(ඔබට අවශ්‍ය උපකරණය ඉදිරියේ ( ✓ ) සලකුණ යොදන්න- එක් උපකරණයක් පමණක් ඉල්ලුම් කළ හැකි අතර අමතර අවශ්‍යතාවන් විශේෂ අනුමැතියක් මත ලබාදීමට සලකා බලනු ලැබේ)

**1. කෘත්‍රීම පාද\*\***

- දණහිසට ඉහළ  ● දණහිසට පහළ  ● වළලුකර ඉවත් කරන ලද  ● දණහිසින් ඉවත් කළ
- වම් පාදය  දකුණු පාදය

➤ දණහිසට පහළ කෘත්‍රීම පාද වර්ගය

- සිංගල් ඇක්සිස්  වැඩ කකුල  මල්ටි ෆෙලෙක්ස්  වළලුකර ආසන්න

➤ දණහිසට ඉහළ කෘත්‍රීම පාද වර්ගය

- Basic knee joint  Advance knee joint  Dis-articulation knee joint

**2. රෝද පුටු**

- අ. සාමාන්‍ය රෝද පුටුව  ටියුබ් සහිත  ටියුබ් රහිත (ගල් ටයර්)

- ආ. ක්‍රියාකාරී රෝද පුටුව
- ආසනයේ පළල - 360 mm - 380 mm  380mm - 400 mm
- 400 mm - 440 mm  440 mm - 460 mm

ඇ. කොමඩ් රෝද පුටුව

ඈ. විද්‍යුත් රෝද පුටුව

**3. කොමෝඩ් පුටුව**

**4. අත්වාරු**  **5. කිහිලිකරු**

**6. උපැස්**  **7. ශ්‍රවණාධාර**

**8. බස්තම්**

**10. අලුත් වැඩියා කළ යුතු උපකරණය** .....

**11. වෙනත් උපකරණ** .....

**12. මින් පෙර අධිකාරිය වෙතින් ලබා ගෙන ඇති ආබාධිත සහයක උපකරණ පිළිබඳ විස්තරය.**

අනු අංකය	උපකරණය	වසර
1		
2		
3		

\*\*\* මෙම ඉල්ලීම් පත්‍රයට අමතරව උපකරණය සඳහා ඇවැසි වැඩිදුර තොරතුරු සහ ඡායාරූපය දිස්ත්‍රික් නිලධාරී වෙත ලබාදීම සිදුකල යුතුය.

මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද තොරතුරු සත්‍ය බවත් අධිකාරිය විසින් දැනුම් දෙනු ලබන ආයතනයක් වෙත සහයක උපකරණ සැකසීම සඳහා අවැසි මිනුම් ලබාදීමට සහ පැලඳ පරීක්ෂා කිරීම සඳහා යොමු වීමට මෙයින් කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි.

.....  
 රණවිරුවාගේ අත්සන දිනය

**සංසද නිර්දේශය**

..... ආබාධිත විශ්‍රාමික රණවිරුවා ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය බවත් රණවිරුවාගේ වර්තමාන අවශ්‍යතාවය සඳහා ඉල්ලීම් කර ඇති උපකරණය/ උපකරණ ලබාදීමට සුදුසු බව සහතික කරමි.

සටහන්-.....  
 .....

.....  
 සංසද සභාපති/ ලේකම්- නම/ අත්සන දිනය

නිල මුද්‍රාව -

**දිස්ත්‍රික් වැඩසටහන් භාර නිලධාරී නිර්දේශය**

ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු / ලේඛන මා විසින් පුද්ගලිකව පරීක්ෂාකර බැලූ අතර එම තොරතුරු සත්‍ය බවත් රණවිරුවාගේ වර්තමාන අවශ්‍යතාවය සඳහා ඉල්ලීම් කර ඇති පහත සඳහන් උපකරණය රණවිරුවා වෙනුවෙන් ප්‍රමුඛතාගත කිරීමේ නිර්ණායක වලට අදාළව ලබාදීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

ප්‍රමුඛතාවය	උපකරණය	ප්‍රමාණය
1		

විශේෂ සටහන්- .....  
 .....

.....  
 දිස්ත්‍රික් භාර වැඩසටහන් නිලධාරීගේ අත්සන දිනය -  
 නිල මුද්‍රාව -

**පළාත් නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂවරයා/වරියගේ නිර්දේශය**

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බවත් රණවිරුවාගේ වර්තමාන අවශ්‍යතාවය සඳහා ඉල්ලීම් කර ඇති ඉහත උපකරණය ..... ආබාධිත විශ්‍රාමික රණවිරුවා වෙනුවෙන් ලබාදීමට සුදුසු බවත් නිර්දේශ කරමි.

විශේෂ සටහන්- .....  
 .....

.....  
 පළාත් නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන දිනය  
 නිල මුද්‍රාව

