



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

SLESA NO

අවසන් වරට
ඇස් කණ්ණාඩි/
ශ්‍රවණාධාර
ලබාගත් දිනය

- Applicants Name :-.....
අයදුම්කරුගේ නම
- Postal Address :-.....
ලිපිනය
- Telephone No. දුරකථන අංකය :-..... Natioanl Identity Card No. :-.....
- Served in Army/Navy/Air Force :-.....
සේවය කල හමුදාව - යුධ/නාවික/ගුවන්
- Date Joined :-..... Date Retired/Discharged :-.....
බැඳුණ දිනය විශ්‍රාම ගිය දිනය
- Regiment :-..... Service No :-..... Rank :-.....
රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිලය
- Association Membership No :-..... SLESA ID No. :-.....
සංගමයේ සාමාජික අංකය
- Bank Account No Bank..... Branch.....
බැංකු ගිණුම් අංකය බැංකුව ශාඛාව

PARTICULARS OF OPTICIAN - දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ විස්තර

- Name of the Optician :-.....
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ නම
from whom the (Spectacles to be Purchased/Quotation obtained)(ඇස් කණ්ණාඩි මිලදී ගැනීමට බලාපොරොත්තු වන හෝ /මිල ගණන් පත් ලබාගත් දෘෂ්ටි විශේෂඥයා):
- Optician's Address :-.....
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ ලිපිනය
- Date of the prescription not later :-.....දෘෂ්ටි
than 03 months : (Prescription should be from the Government Hospital please attach photo copy) (වෛද්‍ය නිර්දේශය රජයේ රෝහල/හමුදා රෝහල හෝ පිලිගත් ආයතනයකින් විය 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 Regimental Association

Membership No of the Applicant :-.....
Observation/Recommendation :-.....

Date:-.....
President/Hony. Secretary of the Association
(Association Seal)

Disposal by Welfare/Medical Sub-Committee

Recommended/ Not Recommended
Amount Recommended : Rs.

Date:-.....
Chairman/Member
Welfare/MedicalSub-Committee

පහත සඳහන් පිටපත් ඇමිණිය යුතුය

- ❖ ශ්‍රී ලසේ මුහස හැඳුනුම්පත
- ❖ ජාතික හැඳුනුම්පත
- ❖ ඇස් කණ්ණාඩි/ශ්‍රවණාධාර මිලදී /ගැනීම වෙනුවෙන් වැයකල මාස 03 නොඉක්මවූ බිල්පත්
- ❖ බැංකු ගිණුම් පොත
- ❖ රෝග විනිශ්චය පත