



Monthly Donation Program for sick children

(Monthly donation of Rs 3,000.00)

රෝගියාගේ විස්තර සහිත අයදුම් පත

Ref.....

Date.....

දරුවාගේ නම :
උපන් දිනය:
පිරිමි <input type="checkbox"/> ගැහැණු <input type="checkbox"/>
පියාගේ නම:
ජා.හැ.අං:
රැකියාව :
මවගේ නම:
ජා.හැ.අං:
රැකියාව :
ලිපිනය:
පවුලේ දරුවන් ගනන:
දුරකථන අංකය:
බැංකුගිණුම් විස්තර:
රෝගය පිලිබඳ කෙටි විස්තරයක්:

දෙමව්පියන්ගේ අවසරය

.....නැමැති අපගේ දරුවාගේ විස්තර සහ ජායාරූප අධාර ලබාදෙන පුද්ගලයාට/ආයතනයට සහ The DOT ප්‍රණායතනයේ වෙබ් අඩවියේ පල කිරීමට අපි මෙමගින් අවසර ලබාදෙන්නෙමු.
පියාගේ අත්සන: මවගේ අත්සන:

මෙම පෝරමය සමග පහත ලියකියවිලි සැපයිය යුතුය.

- වෛද්‍ය වාර්ථාවල ඡායා පිටපත බැගින්
- දරුවාගේ ඡායාරූපයක්
- ග්‍රාමසේවක සහතිකය
- බැංකු පොතේ ගිණුම් අංකය ඇතුළත් පිටුවේ ඡායා පිටපතක්
- පවුලේ විස්තර ඇතුළුව දරුවාගේ දෙමව්පියන් විසින් **The DOT** පුනරායතනයට ඉදිරිපත් කල ලිපියක්
- සෑම මාස තුනකට සැරයක්ම මුදල් ලැබීම තහවුරු කර සහ දරුවාගේ රෝග විස්තර සහිත ලිපියක් දෙමාපියන් විසින් **The DOT** පදනමට ඉදිරිපත් කල යුතුයි.

Doctor's Certification (වෛද්‍යවරයා විසින් පිරවිය යුතුය)

Hospital; where the child is being treated/was treated:
Physician/Specialist:
Signature with Official Stamp:
Contact Details:
Diagnosis:
Comments:

Office use only

Donation start date :	Donation Amount:
Approved by-(Name and signature)	
Sponsor Name:	
Sponsor Form to be attached	