



# ඇතුළත්වීමේ අයදුම්පත

සමාසහිත දිබ්බද්ද සකසුරුවම් හා ණය ගනුදෙනු පිලිබඳ සමුපකාර සමිතිය (C-1678)  
අනුබද්ධිත සුභසාධක සහ අවමංගලාධාර අංශය

211/C, සණස ගොඩනැගිල්ල, දිබ්බද්ද, පානදුර | දු.ක. 0382 240 006 | info@sansasacoopdibbedda.lk | www.sansasacoopdibbedda.lk

01. සාමාජික අංකය: \_\_\_\_\_ 02. සමිතියට බැඳුණු දිනය: \_\_\_\_\_

03. සම්පූර්ණ නම: \_\_\_\_\_

04. ස්ථීර ලිපිනය: \_\_\_\_\_

05. සාමාජික / සමජීකාවගේ යැපෙන්නන්ගේ නම:

(මේ අතරින් දෙදෙනෙකු පමණක් නම් කරන්න. මේ හතර දෙනාටම ආධාර අවශ්‍ය නැත්නම් වෙනත් ලගම නැදෑයකු නම් කරන්න.)

1. මවගේ නම: \_\_\_\_\_

2. පියාගේ නම: \_\_\_\_\_

3. නැන්දෙනියගේ නම: \_\_\_\_\_

4. මාමණ්ඩියගේ නම: \_\_\_\_\_

06. බිරිඳ හෝ ස්වාමියාගේ නම: \_\_\_\_\_

07. දරුවන්ගේ නම: (මේ ආධාර ලැබෙන්නේ වයස මාස 6 ට වැඩි අවිවාහක දරුවන්ට පමණක් බව සලකන්න.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

08. ඔබ දැනටමත් අවමංගලාධාර ලබාගෙන ඇත්නම් ඒ අයගේ නම් සහ ඥාති සම්බන්ධය සඳහන් කරන්න.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

ඉහත සඳහන් තොරතුරු මාගේ දැනීමේ හැටියට සත්‍ය බවටත් නිවැරදි බවත් මින් සහතික කරමි.

දිනය: \_\_\_\_\_

සාමාජික අත්සන

### සැ.යු.- උපදෙස්

1. ඔබ විසින් ඉහත සඳහන් කරන ලද තොරතුරු ඉතාමත් නිවැරදි විය යුතුය. එහි වෙනසක් කිරීමට අවශ්‍ය නම් ලිඛිතව දැනුම්දී සුභසාධක නිලධාරී මගින් වෙනස් කරගත යුතුය.
2. පිට පිට වාර තුනකදී සාමාජික මුදල් ගෙවන තෙක් එහි හිමිකම් ඔබට නොමැත.
3. ඉහත ඔබ විසින් සඳහන් කරන නම් හැර වෙනත් අයෙකුට ආධාර ලබාගත නොහැක.
4. ඔබගේ සාමාජික මුදල් සෑම සමිති වාරයකදීම සුභසාධක නිලධාරීන්ට භාර දී ඒ සඳහා රිසිට්පතක් ලබාගත යුතුය.
5. මරණයකදී පවුලේ එක් සාමාජිකයෙකුට පමණක් අවමංගලාධාර ලබා ගැනීමේ හිමිකම ඇත.

සුභසාධක අරමුදල් ගෙවීම්: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_