

කාන්තා ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබලගැන්වීම අමාත්‍යාංශය
ගර්භණී හා කිරිදෙන මව්වරුන්ට පෝෂණදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා
රු. 45,000/- ක දීමනාවක් ලබාදීමේ වැඩසටහන - 2024

01. ගර්භනී මවගේ නම :	
02. සාතික වැදගත් අංකය :	03. දුරකතන අංකය :
04. ගර්භනී මවගේ ලිපිනය :	05. සායනික ස්ථානයේ නම :
06. ග්‍රාම නිලධාරී වසම :	07. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :
08. ගර්භනී මවගේ වයස :	09. ඔබ ගර්භනී වී කොපමණ සති ගණනක් ගත වී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගත වී ඇත්ද?
10. වෛ. කීවෙති ගර්භනීභාවයද ?	11. දැනට සිටින දරුවන් ගණන :
12. ආබාධිත දරුවන් සිටිනම් කොපමණද ?	
13. ගර්භනී මවගේ රැකියාව :	
14. ස්වාමි පුරුෂයාගේ රැකියාව :	
15. කාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන නියෝජිතයාගේ නම : දහන තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ගර්භනී මවගේ අත්සන දිනය -	16. ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය : ඉහත නම් සඳහන් වසමේ ස්ථිර තාවකාලික යන අය පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සාමාජික සංඛ්‍යාව ක් වන අතර ශාසික ආදායම වේ. ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන දිනය - නිල මුද්‍රාව
17. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී සහතිකය : මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක්/කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත. (ලියාපදිංචි අංකය) සිටිදෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය : පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරියාගේ අත්සන දිනය - නිල මුද්‍රාව	18. සායනභාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය : BMI අගය 18.5 අඩු ☐ නිරක්ෂය ☐ නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුළ දැරීම. ☐ මෙම මවගේ ගර්භයට සති ☐ වෙනත් සෞඛ්‍ය හේතු - සායනභාර වෛද්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන දිනය - නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අනුමැතිය : අනුමත කරමි/ නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන දිනය - වැදගත්: ගර්භනී සවහන්සලේ සහතික කරන ලද ජායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුයි. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම එම මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.	