

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

01. ගර්භනී මවගේ නම :	
02. ජාතික හැඳුනුම්පත් 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 ගතවී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගත වී ඇත්ද?
10. මෙය කිවෙනි ගර්භනීභාවයද ?	11. දැනට සිටින දරුවන් ගණන :
12. ආබාධිත දරුවන් සිටිනම් කොපමණද ?	
13. ගර්භනී මවගේ රැකියාව :	
14. ස්වාමි පුරුෂයාගේ රැකියාව :	
15. භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන නියෝජිතයාගේ නම : ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ගර්භනී මවගේ අත්සන දිනය -	16. ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය : ඉහත නම් සඳහන් යන අය වසමේ ස්ථිර/තාවකාලික පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සාමාජික සංඛ්‍යාව ක් වන අතර මාසික 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) කිරිදෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය : පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය - නිල මුද්‍රාව	18. සායනභාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය : BMI අගය 18.5 අඩු <input type="checkbox"/> නිරක්තය <input type="checkbox"/> නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුළ දැරීම. <input type="checkbox"/> මෙම මවගේ ගර්භයට සති <input type="checkbox"/> වෙනත් සෞඛ්‍ය හේතු - සායනභාර වෛද්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන දිනය - නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අනුමැතිය : අනුමත කරමි/ නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන දිනය -	
වැදගත්: ගර්භනී සටහන්පතේ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුයි. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.	