

Serial Number

**MEDICAL CERTIFICATE
CHRONIC KIDNEY DISEASE ASSISTANCE
MINISTRY OF SOCIAL SERVICES**

01. Name of patient.....
(රෝගියාගේ නම)
02. Age (වයස)
03. Sex(ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය).....
04. Address(ලිපිනය).....
05. Name of clinic/Hospital.....
(සායනයේ රෝහලේ නම)
06. Ward No (වාට්ටු අංකය)..... Clinic No.....

I hereby declare that I am suffering from chronic kidney disease (CKD) and I have not applied the CKD assistance through any institution and if I have done so before without the knowing of the last certifying officer, I would be liable to penalty of stopping the CKD assistance without any warning and it will not be restored under any circumstances.

මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක් මාර්ගයෙන් කාලීන වකුගඩු රෝගාධාර ඉල්ලා නැති බව ප්‍රකාශ කරමි. තවද අවසාන වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් ඊට දඬුවම් වශයෙන් මට ලැබෙන ආදර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව නතර කරනු ලබන බවත් ලකිසීම කරුණක් නිසා හෝ යලිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බව මම දනිමි.

Signature of the patient (රෝගියාගේ අත්සන)

Recommendation of the Consultants

This is to certify that Rev/MR/Mrs/Missof is suffering from chronic kidney disease (CKD) and is taking regular treatment from this Institution as an indoor/Outdoor patient

Dialysing Patients

Yes

No

Dialysing commenced on

--	--	--	--	--	--	--	--

I recommend that he/she given CKD Assistance from month

Date

Signature and Stamp