بسم الله الرحمن الرحيم

National Social Protection Agency

Ministry of Gender, Family and Social Services
Male', Republic of Maldives

އެންކެންސީ سوشل پروٹیکشن ایجنسی
ژینڈر، ف ملی ، ؤ سوشل سروسز ڪاتب
ماله، ریپبلک آف مالدیپس

ساركلير

ނمبަر: 199-PLS/CIR/2022/4

02 ذوالقعدة 1444
25 سبتمبر 2022

ذﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ ﷺ

ބޭސްވެރިކަން ހަބަރުދިން ބެލެހެއްޓުން ތަރުބިޔަތުން ދިވެހި ވަންތަކުންގެ ތެރެއިން ތަފާތުކުރުން ކުރިއަށް ގެންދާ ފުރުޞަތު

1- ތެރެ ބެލެހެއްޓުން ވަންތަކުގެ (ބޭސްވެރިކަން ބޭނުންވާ ވަންތަކުގެ) ތަފުޞީލް

1.1 - ނަން:

1.2 - ތެރެން: ☐ ބަންދުކުރާ: ☐

1.3 - ތަރުތީބު ކާޅު ނަންބަރު: A

1.4 - ބުރަން ބަންދުކުރި: ر ر ر ر ح ح م م

1.5 - ކާރުން ނަންބަރު: (1)

1.6 - ކާރުން ނަންބަރު: (2)

1.7 - ބަންދުވި ތާރީխ:
(ކުރީ ނަން ތަނުން ބަދަލުވި ނަން)

1.8 - ފެންނަން ފެށިއިން ތާރީխ:
(ކުރީ ނަން ތަނުން ބަދަލުވި ނަން)

2 - ބޭނުންވާ ތެރެ

☐ ބަންދުކުރެއްވި ބަންދު ކުރުން ތެރެ ކެނޑުން

☐ ބޭސްވެރިކަން ބޭނުންވާ ތެރެ ބަދަލުކުރުން

☐ ބޭސްވެރިކަން ބޭނުންވާ ތެރެ ބަދަލުކުރުން، ތެރެން

☐ ބަންދުކުރާ ބަންދު ބަދަލުކުރުން ބަންދުވާ ތާރީխ ބަދަލުކުރުން ތެރެ ބަންދުކުރުން ކުރިއަށް ގެންދާ ފުރުޞަތު ދިވެހި ވަންތަ ބަދަލުކުރުން ”ބޭސްވެރިކަން ބޭނުންވާ ވަންތަ ބަދަލުކުރުން ”

☐ ތެރެ ބަންދުކުރުން ބަދަލުކުރުން ”ބ.ބ.ބ.ބ.ބ.ب.ب.ب

3 - ތެރެއަށް ދާން ބާރުވެރި ބަދަލު ބެހެއްޓުން

ބަދަލުކުރެވެން ދާނެ ތެރެއަށް ކުރިން ބަދަލުކުރެވިފައި ވަނުން ތެރެއަކުން ތެރެ، ތެރަ ކުރެއްވުމުން ހުރިހާ ތެރެއަކުން ހަމަ ކުރިން ބަދަލުކުރެވިފައި ވާ ތެރެ ބަދަލުކުރުން، ހަމަ ބަދަލުކުރެވިފައި ވާ ތެރެ ބަދަލުކުރުން، ހަމަ ބަދަލުކުރެވިފައި ވާ ތެރެ ބަދަލުކުރުން ކަން ވެ ތެރެ ތެރެ ބަދަލުކުރެވިފައި ވާ ،ތެރެ ،ތެ ،ؤ ،ؤ ،ؤ

ڪُڊ نمبر:

ڪاسْوَرمُڌُ نَمَبَر ٿامُدَرَ فَرِوڻ وَرَمْڪُمَٿاسْ فَرْڊَوَمُڌُ ڌَرِيمَنْ ڌَفِر رُسَرَرَڳ ڪَسْٿا ڌَبَاڌَسْڀُڌُ مَڏُسِوڻ

مَڪْسَمَرَڏُ
سُمْسَمَڏُ
ڊُرْڪَڀْٿا سَمَسْ
ڌَفْڀَسِ

1 - ڌَرِ وِڇْسْڏُ وَرَمُڌُ دَڊْڏُڏُمْ

1.1 - نَمَسْ:

1.2 - مَمِيڻِ ڳَڻْ نَمَسْمَبَرْ:

A

2 - ڪَسْٿا ڌَبَاڌَسْڀُڌُ مَڏُسِوڻ

ڊِمَمِيَمِ رِدَسَرْڏُسِ مِرُورِمَڏُڀَيَمِ ڪَرْبَرْڀْٿا ڪَسْٿاڌَمِ رُڏُوَرَمِڏُ ٿَرِڏُ ڌَبَاڌَسْڀَڌُ دَڊْڏُڏُمْ.

2.1 - ڌَبَاڌَسْڀُڌُ وُمِرَوَرَمُڌُ نَمَسْ:

2.2 - ڪَسْٿا ڌَبَاڌَسْڀُ نَمَسْمَبَرْ:

2.3 - ڌَبَاڌَسْڀُ ڪَرْڀَسْڏُمِ ڪَسْٿاڌَمِ ڪَرْمَسْڏُ:

3 - وَمِسَّ ڀَڳَسْٿاڌَسْ رُسَرَرَڳَوَمُڌُ ڌَبَاڌَسْڀَمِ ڌَرِمَسْ ڌَقْ وَرَمُڌُ ڌَبَاڌَسْڀَڌَمِ سْڏُوَسَدَ وُمِرَدَ سْٿاڌَسْ:

3.1 - ڌَرِ وِڇْسْڏُ وَرَمُڌُ ڌَبَاڌَسْڀُ وِمَدُ ڌَسَسْ ڊِسَڌُ ڌَبَاڌَسْڀَسْ وَمِسَّڌُ ڌَرِ ڀَڳَسْٿاڌَسْ رُسَرَرَڳُسَدَ ڌَڊِرَسَّ رُمِ ڳُمْبَسْ:

3.2 - مَمِيڻِ ڳَڻْ نَمَسْمَبَرْ:

A

3.3 - ڳُمْسْ نَمَسْمَبَرْ:

دَمِڏَمِ ڪَمَّسْسْٿاڌَمِوَمُڌُ مَڏُدَسِڏُ ڌَبَاڌَسْڀَسْ ڌَرِڏُ وَمِسَّ ڀَڳَسْٿاڌَمِڏُمَڏُ مَڏُدَسِڏُ ڌَمْڏُسَ مِڏْمِمَسْڏَمْ سْڏُمُ. مَمِ مَڏُدَسِڏُسْڏَسْ ڌَسْڏُ وَرَمُڏَمْ ڪَسْٿاڌَسْڀَڌَسْ ڌَرِڏُ وَ مِسَّ ڀَڳَسْٿاڌَمِوِمُدَ، دِڳُڏُدَمِ ڪَمَّسْسْٿاڌَمُوَمُڌُ ڪَسْٿاڌَسْڀَڌَسْ ڌَرِ وِڇْسْڏُ وَرَمُدَسْ ڌَوَمِسَّ مَرَمُڏَسْٿَسْ مِسْڏَسْ ڌَمْڏَسَّوَڏُ.

3.4 - ڌَبَاڌَسْڀُڌُ وُمِرَوَرَمُڌُ سْڏُمِ:

3.5 - ڳُمِرْ:

ر ر | ر ر | ر ر | ر ر

4 - ڳُڳَمِڌَسْ رُسَرَرَڳَسْڀَسْ مَڏَسْمِ

☐ ڌَرِمَسْ ڌَفِر رُسَرَرَڳَ وَرَمُمْ مَفِر ڌَرِ وِڇْسْڏُ وَرَمُڌُ مِرُورِ مَرَمْمِرُمُڌَسْ مَسْڏَمِڏَسْ ڳَڻْڏُ سْڏُمِ

☐ ڌَرِمَسْ ڌَفِر رُسَرَرَڳَ وَرَمُڌُ ڪَسْٿاڌَسْ ڌَبَاڌَسْڀُ سْوِڏُ

Form No·:

Request for Medical Assistive Devices Provision or Financial Aid for Medical Assistive Devices

** This form should only be filled if the financial aid required is for a machine that is necessary for the patient to remedy a life threatening situation or to safeguard against a permanent disability. **

1 - Patient's Details

1·1 - Name:

1·2 - NID No·: A

2 - Details of the Machine / Device

2·1 - Machine / Device Name:

2·2 - Vendor's Name:

2·3 - Quotation No·:

3 - Doctor's Recommendation

I hereby recommend the foregoing machine / device for the above-mentioned patient's recommended treatment·

3·1 - Further Justification (If Required):

.....

.....

3·2 - Doctor's Name:

3·3 - Stamp & Signature:

3·4 - Date: D D M M Y Y Y Y

4 - Patient's Declaration

I hereby agree to use any aid provided solely for the purpose mentioned on this application· If the aid granted is financial, I agree to submit the receipt within 30 days of the purchase of the machine to Aasandha and to return any remaining balance to Aasandha· If I am found in violation of the above, Aasandha has the right to reject any future applications·

4·1 - Name:

4·2 - NID No·: A

4·3 - Patient's Signature:

4·4 - Date: D D M M Y Y Y Y