ފޯމު ނަންބަރު:

އާސަންދަ ސްކީމުގެ ދަށުން ރާއްޖެއާއި ރާއްޖެއިން ބޭރުގައި ދޭ ހިދުމަތްތަކަށް ފައިސާ ދެއްކުމާ ގުޅޭގޮތުން ޝަކުވާ ހުށަހަޅާ ފޯމު

Application form to submit grievances and appeals regarding payment of services provided under Aasandha Scheme in Maldives and abroad

1– SERVICE PROVIDER INFORMATION

1- ހިދުމަތް ފޯރުކޮށްދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު:

1·1- ތަނުގެ ނަން: Name of establishment

1·2- އެޑްރެސް: Address

1·3– އަތޮޅާއި ރަށް / ސިޓީ: Atoll & Island / City

1·4- ރަޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު: Registration number

1·5- އީމެއިލް އެޑްރެސް: E-mail address

1·6- ފޯނު ނަންބަރު(1): Phone Number(1)

1·7- ފޯނު ނަންބަރު(2): Phone Number(2)

1·8- ގުޅޭނެ ފަރާތުގެ ނަން: Contact Person

1·9- މަޤާމް: Designation

2– DETAILS OF APPEAL (Note: Please attach supporting documentation.)

2- ހުށަހަޅާ މައްސަލައިގެ ތަފްޞީލު (ނޯޓް: ކަމާ ގުޅޭ ލިޔެކިޔުން ހުށަހަޅުއްވާ)

2.1– Reason for appeal:

2·1- މައްސަލަ ހުށަހަޅާ ސަބަބު:

....

....

....

2.2– Details:

2·2 - ތަފްޞީލު:

....

....

....

....

....

2.3– Expected outcome:

2·3 - އެދޭ ނަތީޖާ:

....

....

....

....

....

3– SERVICE PROVIDER DECLARATION

3- ހިދުމަތް ފޯރުކޮށްދޭ ފަރާތުގެ އިޤްރާރު

މި ފޯމުގައި އަޅުގަނޑު ބަޔާންކޮށްފައިވާ މަޢުލޫމާތުތަކަކީ ތެދު މަޢުލޫމާތުކަމަށް އިޤްރާރުވަމެވެ.

I hereby declare that the information submitted in this form is true and correct to the best of my knowledge.

(On behalf of service provider/company)

(ހިދުމަތް ފޯރުކޮށްދޭ ފަރާތް / ކުންފުނީގެ ފަރާތުން)

3·1- ނަން: Name

3·2- މަޤާމް: Designation

3·3– ތާރީޚް: Date

ދ d	ދ d	މ m	މ m	އ y	އ y	އ y	އ y

3·4– ސްޓޭމްޕާއި ސޮއި Stamp and signature