



# SRI LANKA EX-SERVICEMEN'S ASSOCIATION

29/1/1, Bristol Street, Colombo 1

## APPLICATION FOR SPECTACLES/HEARING AID

ඇස් කණ්ණාඩි / ශ්‍රවණාධාර දීමනා අයදුම් පත්‍රය

- Applicants Name :-.....  
අයදුම්කරුගේ නම
- Postal Address :-.....  
ලිපිනය
- Natioanl Identity Card No. :-..... SLESA ID No. :-.. ..  
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික හැඳුනුම්පත් අංකය  
(Please Attach photo copies) (ජායාසට පිටපත් ඇමිණිය යුතුය)
- Served in Army/Navy/Air Force :-.....  
සේවය කළ හමුදා - (යුධ/නාවික/ගුවන් )
- Date Joined :-.....Date Retired/Discharged :-.....  
බැඳුණ දිනය (අස්වූ/විශ්‍රාම ගිය දිනය)
- Regiment :-.....Service No :-..... Rank :-.....  
රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිලය  
(Please attach photo copy of Discharged Certificate) (කරුණාකර අස්වීමේ සහතිකයෙහි පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
- Last Date claim for Spectacles/Hearing Aids .....7.a Tele No.දුරකථන අංකය :-.....  
(අවසන් වරට ඇස් කණ්ණාඩි/ශ්‍රවණාධාර ලබාගත් දිනය)
- Bank Account No ..... Bank..... Branch.....  
බැංකු ගිණුම් අංකය බැංකුව ශාඛාව

### PARTICULARS OF OPTICIAN

දෘෂ්ටි විශේෂඥ විස්තර (

- Name of the Optician :-.....  
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ නම  
from whom the (Spectacles to be Purchased/Quotation obtained) (ඇස් කණ්ණාඩි මිලදී ගැනීමට බලාපොරොත්තු වන හෝ /මිල ගණන් පත් ලබාගත් දෘෂ්ටි විශේෂඥයා):
- Optician's Address :-.....  
දෘෂ්ටි විශේෂඥයාගේ ලිපිනය
- Date of the prescription not later :-.....  
than 03 months : (Prescription should be from the Government Hospital please attach photo copy) (වෛද්‍ය නිවැරදි රජයේ රෝහලකින් විය යුතුය. ජායාසට පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

I hereby declare that the above particulars furnished by me, are true and correct to the best of my knowledge.  
(මා විසින් ඉහත සඳහන් කර ඇති විස්තර මාගේ දැනීමේ හා විශ්වාසයේ හැටියට සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

Date:-.....  
Applicant's Signature

### Comments and Report by Applicant's Regimental Association

Membership No of the Applicant :-.....  
Observation/Recommendation :-.....  
Date:-.....  
Chairman/Hony. Secretary

### Disposal by Welfare Sub-Committee

Recommended/ Not Recommended Amount Recommended : Rs. ....  
Date:-.....  
Chairman/Hony. Secretary  
Welfare Sub-Committee

### SLESA OFFICE USE ONLY

SLESA Approval  
Approved/Not Approved  
Date:-.....  
President/Hony. Secretary General  
SLESA