

පොදු වක්‍රලේඛ අංක: 01-34/2016

මගේ අංකය: DMH/A/18/2016

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත

කොළඹ 10.

2016.06. 16

- සියලුම පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්වරුන්
- සියලුම පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්
- සියලුම ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්
- සියලුම ශික්ෂණ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්
- සියලුම වෛද්‍ය අධිකාරීවරුන්
- සියලුම විශේෂිත ව්‍යාපාර සහ වැඩසටහන් ප්‍රධානීන්
- සියලුම වෛද්‍ය විද්‍යාල කුලපතිවරුන්
- සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන්

සංක්‍රාන්තික ලිංගික ප්‍රජාව සඳහා ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතිකය නිකුත් කිරීම

සංක්‍රාන්තික ලිංගිකයන් යනු ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිබඳ ඔවුන්ගේ අභ්‍යන්තර සංවේදිතාවය තමන් උපතින් ලැබූ ලිංගිකත්වයෙන් වෙනස්ව දැනෙන සියලුම පුද්ගලයන් සඳහා යොදනු ලබන පුළුල් යෙදුමකි. උදාහරණයක් ලෙස සංක්‍රාන්තික ලිංගික ස්ත්‍රීයන් ලෙස හඳුන්වන්නේ උපතින් පුරුෂ ලිංගික අයකු ස්ත්‍රීයක් ලෙස හැඳින්වීමය.

සංක්‍රාන්තික ලිංගික පුද්ගලයන් බොහෝවිට සාමාජීය, ආර්ථික, දේශපාලනික සහ නීතිමය වශයෙන් කොන් කිරීම්වලට ලක්වේ. ඔවුන් නොසලකා හැරීම, කරදර හිරිහැරවලට ගොදුරුවීම, ප්‍රචණ්ඩත්වයට, ලිංගික වද කිංසනයට ලක්වීම සහ ගිමන්හල්, වික්‍රම ආලාප, පොදු වැසිකිළි වැනි පොදු ස්ථානවලට පිවිසීමේදී කොන් කිරීම් ආදිය බහුලව සිදුවේ. මේ නිසා උප්පන්න සහතිකයේ දක්වා ඇති ලිංගික නිශ්චය සංශෝධනය කිරීම සංක්‍රාන්තික ලිංගික පුද්ගලයෙකු සඳහා ඉතා වැදගත් පියවරකි. මෙම නීත්‍යානුකූල ලේඛනයේ පුද්ගලයාගේ ලිංගික අන්‍යෝන්‍යතාවය නිවැරදිව සටහන් කිරීම තුළින් අනෙකුත් අන්‍යෝන්‍යතා හා නීතිමය ලේඛන ලබා ගැනීමේදී ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සනාථ කිරීමට හැකිවේ.

ඉහත දක්වා ඇති කරුණු සැලකිල්ලට ගනිමින් සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය මෙම සංක්‍රාන්තික ලිංගික ප්‍රජාව සඳහා අවශ්‍ය සේවා, විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍ය සේවාවන් සපයන සියලුම ආයතනයන්හි ස්ථාපිත කිරීමට තීරණය කර ඇත.

යම් පුද්ගලයෙකු මෙම සේවාව ඉල්ලුම් කළ විට අදාළ වගකිව යුතු විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍යවරයා/වරිය විසින් එම පුද්ගලයා පිළිබඳ තක්සේරු කිරීම, උපදේශනය සහ උප්පන්න සහතිකයේ ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය වෙනස් කිරීමට අවශ්‍ය ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතිකය නිකුත් කිරීම ආදී සේවාවන් සැපයීම සිදු කරනු ලැබේ. මෙම සහතිකය නිකුත් කරනු ලබන්නේ වයස අවුරුදු 16 ට වැඩි පුද්ගලයන් සඳහා පමණක් වන අතර එහි එම පුද්ගලයාගේ උප්පන්න සහතිකයේ දැක්විය යුතු ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සඳහන් කරනු ඇත.

මෙම සහතිකය සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය යටතේ ඇති රෝහලක සේවය කරන විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍යවරයෙකු/වරියක විසින් සහතික කළ එම පසු ආයතනයේ ප්‍රධානියා විසින් ද සහතික කළ යුතුය. යම් පුද්ගලයෙකු පුද්ගලික ආයතනයක් මගින් ඉල්ලුම් කළ විට එම සහතිකය ලබා ගැනීම සඳහා විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍යවරයෙකු/වරියක සිටින ආසන්නතම රජයේ රෝහලට යොමු කළ යුතුය.

සංක්‍රාන්තික ලිංගික තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධතියක් ස්ථාපිත කිරීම; මෙම සේවාවන් ඵලදායී ලෙස අධීක්ෂණය සඳහා එම ආයතනයන්හි ලේඛනයක් පවත්වාගෙන යා යුතු වේ.

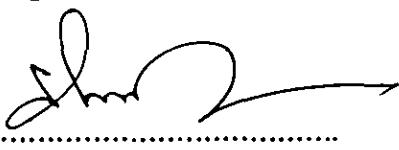
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මානසික සෞඛ්‍ය අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය විසින් සංක්‍රාන්තික ලිංගික පුද්ගලයන්ගේ තොරතුරු කළමනාකරණ ක්‍රමවේදයක් සඳහා දැනට පියවර ගනිමින් පවතින අතර ඒ සඳහා පහත සඳහන් ප්‍රධාන ලේඛන 2ක් පවත්වාගෙන යා යුතු වේ.

- සංක්‍රාන්තික ලිංගික පුද්ගලයන් පිළිබඳ දැනුම් දීමේ ලේඛනය (Transgender Notification Register – TNR);

යම් පුද්ගලයෙකු වෙත ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතිකයක් නිකුත් කළ විට අදාළ අයගේ නම, උපන්දිනය, උපතින් ලද ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය, ඉල්ලුම් කරන ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජ භාවය, ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය, ඇඳ ඉහපත් අංකය/සායනික අංකය යනාදී විස්තර මෙම ලේඛනයේ ඇතුළත් කළ යුතුය. මෙම ලේඛනය එම ආයතනයේ මානසික සෞඛ්‍ය ඒකකයේ පවත්වාගෙන යා යුතුය.

- ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතිකය (Gender Recognition Certificate – GRC); මෙය පිටපත් 3කින් සකස් කළ යුතුය. එක් පිටපතක් ඉල්ලුම් කරන අයටද, දෙවන පිටපත ආයතනයේ තබා ගැනීම සඳහා ද වන අතර තෙවන පිටපත සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මානසික සෞඛ්‍ය අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය වෙත යැවිය යුතුය.

සංක්‍රාන්තික ලිංගික ප්‍රජාවට අවශ්‍ය සේවාවන් ශක්තිමත් කර, ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිබඳ සහතික පත නිකුත් කිරීම සඳහා ඔබ ආයතනයේ විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍ය නිලධාරීන් සහ අනිකුත් අදාළ නිලධාරීන් දැනුවත් කරන මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටින අතර ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතික පත්‍රයේ පිටපතක් සහ දැනුම් දීමේ ලේඛනයේ ආකෘතියක් ඔබගේ දැනගැනීම සඳහා මේ සමඟ අමුණා ඇත. වැඩි විස්තර සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ මානසික සෞඛ්‍ය අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය වෙතින් ලබා ගත හැක.



වෛද්‍ය පී.පී මහීපාල
 සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්
 පිටපත්:

වෛද්‍ය පී. පී. මහීපාල
 සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්
 සෞඛ්‍ය පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය,
 "සුවසිරිපාය",
 325, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
 කොළඹ 10.

ලේකම් / සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (වෛද්‍ය සේවා) I
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (වෛද්‍ය සේවා) II
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (බෝ නොවන රෝග)
 අධ්‍යක්ෂ / මානසික සෞඛ්‍ය
 සභාපති / ශ්‍රී ලංකා මනෝ වෛද්‍ය විශේෂඥ සංගමය

ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජ භාවය පිළිගැනීම සඳහා වූ සහතිකය

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය - ශ්‍රී ලංකාව

මෙම සහතිකය නිකුත් කරනු ලබන්නේ උප්පැන්න සහතිකයේ සඳහන් කර ඇති ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සහ නම් වෙනස් කිරීම සඳහා උප්පැන්න සහ මරණ ලියාපදිංචි කිරීමේ ලේඛන ආඥා පනතේ ඇති 27 සහ 52(1) කොටසට අදාළවය.

A. සාමාන්‍ය තොරතුරු

- 1. සම්පූර්ණ නම :
- 2. පියාගේ නම :
- 3. මවගේ නම :
- 4. පදිංචි ලිපිනය :
- 5. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
- 6. උපතේදී ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය : පුරුෂ/ස්ත්‍රී (අදාළ භාවය යටින් ඉරක් යොදන්න)
- 7. උපන් දිනය : උපන් ස්ථානය :
- 8. ලියාපදිංචි අංකය : දිනය :

B. ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය සඳහා වූ ප්‍රකාශනය

.....
(තනතුර).....

..... (සම්පූර්ණ නම) වන මා ඉහත නම් සඳහන් පුද්ගලයා ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවයෙහි නැවත පිහිටුවීම සඳහා ඔහු/ඇය ගේ මානසික තත්වය තක්සේරු කරන ලද බව මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි. ඒ අනුව ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ රෝගාබාධ සඳහා වන අන්තර්ජාතික වර්ගීකරණයේ 10 වන සංස්කරණයෙහි නිර්ණායකවලට අනුව පුරුෂ/ස්ත්‍රී භාවයේ සිට ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවයට ලිංග පරිවර්තනයක් සිදු වී ඇති බවට මම (රෝග) නිශ්චය කරමි.

ඉහත නම් සඳහන් අයගේ සායනික අවශ්‍යතාවයන්ට සහ ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජ භාවය විඳහා දැක්වීමේ අරමුණුවලට ගැලපෙන පරිදි ඉහළම රැකවරණය සැපයීම සඳහා සමස්ත ප්‍රතිකාර සැලැස්මේ හඳුනාගත් වැදගත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ඔහු/ඇය දැනුවත් කරන ලදී.

අවශ්‍ය ක්‍රියාදාමයෙන් පසුව ඉහත සඳහන් අය හෝර්මෝන ප්‍රතිකාර සහ අවශ්‍ය ශල්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු කරන ලදී.

ඉහත නම් සඳහන් අය, සංක්‍රාන්තික ලිංගික පුද්ගලයන් සඳහා ලෝක වෘත්තිකයන්ගේ සංගමය විසින් ප්‍රකාශිත රැකවරණය පිළිබඳ ජාත්‍යන්තර වශයෙන් හඳුනාගත් සහ පිළිගත් ප්‍රමිතීන්ට අනුකූලව ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය සහ ඒ හා බැඳුණු සමාජීය භූමිකාවලට අනුකූල වන ලෙස පරිවර්තන ක්‍රියාදාමයට භාජනය කරන ලද බවට සහතික වෙමි.

තවද ඉහත නම් සඳහන් අයගේ ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය/...../..... දින භාවයේ සිටභාවයට වෙනස් කළ බව ප්‍රකාශ කර සිටින අතර, පහත දක්වා ඇති පරිදි උප්පැන්න සහතිකයෙහි ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සහ නම වෙනස් කිරීම සඳහා අයදුම් කිරීමට සුදුසුකම් සපුරා ඇති බව දන්වා සිටිමි.

පරිවර්තනයෙන් පසු භාවිතා කරන නම :
.....
පරිවර්තනයෙන් පසු ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය භාවය :

නම :
අත්සන :
(විශේෂඥ මනෝ වෛද්‍යා) (ආයතන ප්‍රධානියා)

.....
(රාජකාරි නිලමුද්‍රාව) (රාජකාරි නිලමුද්‍රාව)
.....
(දිනය) (දිනය)

