

**BORANG INI DIEDAR PERCUMA. UNTUK WARGANEGARA MALAYSIA SAHAJA**  
THIS FORM IS TO BE DISTRIBUTED FREE. FOR MALAYSIANS ONLY

Borang ini bertujuan untuk mendapatkan maklumat terperinci bagi menilai permohonan bantuan kewangan untuk rawatan penyakit yang dihadapi dan tidak mengikat pihak kami untuk menawarkan bantuan kewangan.

Pihak kami tidak bertanggungjawab atas sebarang liabiliti berkaitan penilaian, penerimaan atau penolakan permohonan anda atau sebarang hal yang berkaitannya. Permohonan ini akan diproses secepat mungkin, tetapi kami tidak bertanggungjawab atas sebarang kelewatan yang tidak disengajakan.

*This form is designed to provide us with detailed information for any evaluation of your application for financial assistance for medical treatment of critical illnesses and does not constitute a binding obligation on our part to offer you the financial assistance.*

*There shall be no liability whatsoever in our part in relation to / or arising from our evaluation, acceptance or rejection of your application herein. We shall process the application herein as soon as possible but we shall not be held liable in any way for any unintentional delay.*

**1. BUTIR-BUTIR PERIBADI PESAKIT PERSONAL PARTICULARS OF PATIENT**

Nama Name :

No K/P I/C No :  -  -  Umur Age :  Jantina Sex :  Lelaki Male  Perempuan Female

Tarikh lahir Birth date :  -  -  Taraf Perkahwinan Marital Status :

Bangsa Race :  Agama Religion :

Pekerjaan Occupation :  Pendapatan Income :

Alamat tempat tinggal Residential address :

Poskod Postcode :  No telefon Tel no : 6 0 -

Alamat surat-menyurat Correspondence address :

Poskod Postcode :  E-mel Email :

Penyakit yang memerlukan bantuan Assistance for ailment suffered :

Lain-lain penyakit yang dihadapi Other ailments suffered :

**2. BUTIR-BUTIR PERIBADI PEMOHON (DIISIKAN JIKA PEMOHON BUKAN PESAKIT) PERSONAL PARTICULARS OF APPLICANT (TO BE FILLED IN IF APPLICANT IS NOT THE PATIENT)**

Nama Name :

No K/P I/C No :  -  -  Umur Age :  Jantina Sex :  Lelaki Male  Perempuan Female

Tarikh lahir Birth date :  -  -  Taraf Perkahwinan Marital Status :

Bangsa Race :  Agama Religion :

Pekerjaan Occupation :  Pendapatan Income :

Alamat tempat tinggal Residential address :

Poskod Postcode :  No telefon Tel no : 6 0 -



**BAHAGIAN 1 : AGIHAN PENDAPATAN BULANAN PESAKIT / KELUARGA SECTION 1 : DISTRIBUTION OF PATIENT/FAMILY'S MONTHLY INCOME****Sumber Pendapatan Bulanan****Monthly Income Source**

Pekerjaan / Pencen / Bantuan yang Diterima	Occupation / Pension / Aid Received	RM					
Perniagaan / Sewa Harta / Lain-lain	Business / Rental of Property / Others	RM					
Sumbangan Ahli Keluarga	Contribution from Family Members	RM					
<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>	<b>TOTAL AMOUNT</b>	<b>RM</b>					

**Perbelanjaan Bulanan****Monthly Expenses**

Makanan (isi rumah)	Food/Meals (household)	RM					
Ansuran Sewa / Sewa Beli Rumah	House Rental / Mortgage	RM					
Bil Elektrik / Air / Telefon	Electricity / Water / Telephone Bills	RM					
Persekolahan (tambang / makan minum dll)	School Expenses (fare/meals etc)	RM					
Potongan Pendapatan (KWSP / SOCSO / Tabung Haji / Koperasi / Lain-lain)	Income Deductions (KWSP / SOCSO / Tabung Haji / Cooperative / Others)	RM					
Kos Pengangkutan	Transportation Cost	RM					
Ansuran Kenderaan	Vehicle Instalment	RM					
Makan Minum di Tempat Kerja	Meals at Workplace	RM					
Pengasuh / Pembantu	Maid / Helper	RM					
Lain-lain (Lampin, Susu Pesakit, Tiub Makanan, Pelapik Kasa dan lain-lain)	Others (Patient's Diaper, Formula Milk, Feeding Tube, Gauze etc)	RM					
<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>	<b>TOTAL AMOUNT</b>	<b>RM</b>					
<b>BAKI</b>	<b>BALANCE</b>	<b>RM</b>					

**BAHAGIAN 2 : KEDIAMAN DAN KEPERLUAN ASAS SECTION 2 : HOME AND BASIC NEEDS**

Jenis Kediaman  
Type of House

Flat / Apartmen  
Flat / Apartment

Rumah Teres Setingkat  
Terrace House -  
Single Storey

Rumah Teres 2 Tingkat  
Terrace House -  
Double Storey

Rumah Sesebuah  
Detached House

Rumah Panjang  
Longhouse

Kondominium  
Condominium

Lain-lain  
Others \_\_\_\_\_

Hak Milik  
Ownership

Sendiri  
Own

Sewa  
Rented

Saudara Mara  
Relative

Bilangan Bilik Tidur  
No of Bedroom

1

2

3

4

Kenderaan Yang Dimiliki  
Vehicle Owned

Van  
Van

Kereta  
Car

Motosikal  
Motorcycle

Basikal  
Bicycle

**BAHAGIAN 3 : BANTUAN KEWANGAN SECTION 3 : FINANCIAL AID**

Tujuan :  
Purpose

Pembedahan  
Surgery

Peralatan Perubatan  
Medical Equipment

Ubat-ubatan  
Medication

a. Jumlah Kos :  
Total Cost

RM

b. Jumlah Yang Mampu Dibayar Oleh Pesakit :  
Amount Affordable / Payable by Patient

RM

c. Jumlah Bantuan Kewangan Yang Dipohon :  
Amount of Financial Assistance Required

RM

Sila beri maklumat lanjut (sekiranya ada) \_\_\_\_\_  
 untuk menyokong permohonan anda : \_\_\_\_\_  
 Please give further reasons (if any) \_\_\_\_\_  
 to support your application \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 3 : BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA (SILA NYATAKAN NAMA, UMUR, PEKERJAAN DAN PENDAPATAN UNTUK SEMUA AHLI KELUARGA - IBUBAPA, ADIK-BERADIK & ANAK-ANAK)**  
**SECTION 3 : DETAILS OF FAMILY MEMBERS (PLEASE STATE NAME, AGE, OCCUPATION AND INCOME FOR ALL FAMILY MEMBERS I.E. PARENTS, SIBLINGS & CHILDREN)**

BIL No	Nama Name	Umur / Jantina Age / Sex	Hubungan Relationship	Pekerjaan Occupation	Pendapatan Income	Taraf Perkahwinan Marital Status	Kesihatan Health Condition

**Kedadaan Hubungan Kekeluargaan Pesakit dan Ahli Keluarga Lain :**  Baik Good  Kurang Baik Not Good  
*Patient's Relationship With Other Family Members :*