

BANTUAN PERMOHONAN BANTUAN KESIHATAN

KETERANGAN UNTUK PEMOHON

- i. Permohonan mestilah dibuat atas nama pesakit, **KECUALI** bagi pesakit yang berumur **18 tahun kebawah / yang tidak boleh menguruskan diri boleh diisi atas nama ketua keluarga / penjaga.**
- ii. Sila isi borang dengan **JELAS** dan **LENGKAP** menggunakan **HURUF BESAR.**
- iii. Permohonan yang tidak jelas / tidak lengkap / mengandungi maklumat palsu akan **DITOLAK.**
- iv. Permohonan mestilah mendapat **pengesahan Doktor yang merawat** di ruang yang disediakan / lampiran **dan pengesahan oleh Pengerusi Jawatankuasa Komuniti tempat tinggal** pemohon di ruang yang disediakan.

SILA (/) PADA YANG BERKENAAN

Jenis Bantuan: Bantuan Perubatan Bantuan Peralatan Kesihatan

BAHAGIAN A – MAKLUMAT PEMOHON / KETUA KELUARGA DAN PASANGAN

BUTIRAN	PEMOHON / KETUA KELUARGA	PASANGAN
Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Warganegara		
Alamat Rumah		
Taraf Perkahwinan		
Kesihatan	<input type="checkbox"/> Sihat <input type="checkbox"/> Sakit / OKU <input type="checkbox"/> Lain-lain, Nyatakan :	<input type="checkbox"/> Sihat <input type="checkbox"/> Sakit / OKU <input type="checkbox"/> Lain-lain, Nyatakan:
No. Telefon (Bimbit & Rumah)		
Pekerjaan		
Pendapatan (RM)		
Jenis Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Kerajaan <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Kerja Sendiri <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja	<input type="checkbox"/> Kerajaan <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Kerja Sendiri <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
Nama & Alamat Majikan		

**Semua elaun / bayaran tidak tetap seperti kerja lebih masa (OT), elaun kehadiran dan bonus tidak diambil kira sebagai pendapatan tetap.*

BAHAGIAN B – MAKLUMAT BANK PEMOHON

Nama Pemegang Akaun		
No. Akaun Bank & Nama Bank		

**BAHAGIAN C – MAKLUMAT ANAK DAN TANGGUNGAN PEMOHON
(TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)**

Nama anak dan tanggungan	No. Kad Pengenalan	Umur	Nama Sekolah / Kolej / Universiti	Darjah / Tingkatan	Tahap Kesihatan

BAHAGIAN D – MAKLUMAT ANAK YANG BEKERJA

Nama anak dan tanggungan	No. Kad Pengenalan	Umur	Taraf Perkahwinan	Pekerjaan	Tinggal Bersama (YA/TIDAK)

BAHAGIAN E – MAKLUMAT PESAKIT

Nama Pesakit	
Jenis Penyakit	
Tempoh Dihadapi	
Keperluan Rawatan	Peralatan : Pembedahan : Lain-lain : <i>*Sila tandakan (/) di ruangan petak yang disediakan dan nyatakan.</i>

Kos Rawatan	
Pengesahan Terkini Boktor Yang Merawat	

.....
(Tarikh)

.....
(Cop Rasmi)

.....
(Tandatangan Doktor)

BAHAGIAN F - PENGAKUAN PEMOHON DAN PENGESAHAN PENDAPATAN

Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah benar. Sekiranya kenyataan diberikan tidak benar, pihak yang bertanggungjawab memberi kelulusan ini berhak untuk tidak mempertimbangkan permohonan saya.

TANDATANGAN PEMOHON

Nama Penuh KIR :

Nombor Telefon :

Tarikh :

PENGESAHAN KETUA KAMPUNG / Pengerusi Persatuan Penduduk / Penghulu Mukim dan Ketua Komuniti

Saya dengan ini, sesungguhnya sepanjang pengetahuan saya, keterangan yang diberikan adalah BENAR dan saya sahkan pemohon seperti berikut:

Ruang ini perlu diisi oleh PEMOHON dan mengakui maklumat ini benar menurut Akta Akuan Berkanun 1960 :

- a) Pendapatan Pemohon : RM
- b) Pendapatan Pasangan (Jika ada) : RM

TARIKH DAN COP PENGESAHAN

Nama Penuh :

Jawatan :

Tarikh :

**Pengesahan hanya boleh dibuat oleh Ketua Kampung, Pengerusi Persatuan Penduduk, Penghulu Mukim dan Ketua Komuniti*

SENARAI SEMAK PEMOHONAN BANTUAN KESIHATAN

SENARAI DOKUMEN	SILA TANDA (/)
1. SALINAN KAD PENGENALAN PEMOHON	<input type="checkbox"/>
2. SALINAN KAD PENGENALAN SUAMI / ISTERI / PENJAGA	<input type="checkbox"/>
3. SALINAN SIJIL KELAHIRAN / KAD PENGENALAN TANGGUNGAN PEMOHON	<input type="checkbox"/>
4. SALINAN SIJIL NIKAH / SURAT CERAI / SIJIL KEMATIAN (Jika Berkaitan)	<input type="checkbox"/>
5. SALINAN BIL AIR / ELEKTRIK TERKINI	<input type="checkbox"/>
6. SALINAN SLIP GAJI / PENYATA AKAUN BANK (milik pemohon)	<input type="checkbox"/>
7. SALINAN PENYATA KWSP	<input type="checkbox"/>
<i>*Semua Salinan mestilah disahkan oleh Ketua Kampung, Pengerusi Persatuan Penduduk, Penghulu Mukim dan Ketua Komuniti</i>	

NOTA PENTING

1. Permohonan tuntutan bantuan kesihatan hanya boleh dimohon **SEKALI** bagi tahun semasa (sekali setahun).
2. **Hanya seorang SAHAJA yang boleh memohon bantuan kesihatan. (Satu (1) permohonan untuk satu (1) buah rumah sahaja).**
3. Yayasan NDE ini hanya akan memproses **BORANG PERMOHONAN LENGKAP** sahaja. Sebarang permohonan yang tidak lengkap atau berunsurkan penipuan tidak akan dilayan.

Semua permohonan bantuan perlu diserahkan dengan lengkap ke:

Yayasan NDE

C-19, Jalan Raja Udang,

Business Centre Riverfront,

24000, Kemaman, Terengganu, Darul Iman

Atau

Emailkan kepada :

admin@yayasannde.com