BORANG INI ADALAH PERCUMA DAN BOLEH DIBUAT SALINAN

NO. I/C PEMOHON

JENIS BANTUAN KESIHATAN YANG DIPOHON

- [ ] PEMBEDAHAN KECIL
- [ ] KATARAK MATA
- [ ] DIALISIS BUAH PINGGANG
- [ ] KAKI PALSU
- [ ] LAIN-LAIN PERMOHONAN

DUN N _____

PROGRAM BANTUAN KESIHATAN SIHAT SELANGOR

JAWATANKUASA TETAP KESIHATAN
SEKSYEN PIHAK BERKUASA TEMPATAN
UNIT PERANCANGAN EKONOMI NEGERI
TINGKAT 4 BANGUNAN SSAAS
40503 SHAH ALAM
No.Tel : 03-5544 7098 , 03-5544 7076 No.Fax : 03-5510 1748
Email : syazwan@selangor.gov.my, yuzliana@selangor.gov.my
Laman Web Selangor : www.selangor.gov.my

1.0 PROSEDUR MENGISI BORANG PERMOHONAN

1.1 BORANG PERMOHONAN MESTI DIISI DENGAN TERANG DAN JELAS DALAM HURUF BESAR.
1.2 SETIAP PERMOHONAN MESTILAH DIBUAT ATAS NAMA PEMOHON (PESAKIT).
1.3 HANYA BORANG PERMOHONAN YANG TELAH DIISI LENGKAP DAN DITANDATANGANI PEMOHON SERTA MELAMPIRKAN DOKUMEN YANG DIPERLUKAN SAHAJA YANG AKAN DIPERTIMBANGKAN DAN DIPROSES.

2.0 SYARAT PEMOHON UNTUK PROGRAM BANTUAN KESIHATAN SIHAT SELANGOR

2.1 Rakyat Negeri Selangor atau bermastautin melebihi 10 tahun.
2.2 Pendapatan isi rumah RM3,000.00 ke bawah.
2.3 Keutamaan kepada pemohon yang tidak menerima sebarang bantuan dari mana-mana pihak.
2.4 Keutamaan kepada pemohon yang mempunyai tanggungan ramai, ketua keluarga meninggal,ahli keluarga yang sakit serta golongan Orang Kurang Upaya (OKU).
2.5 **Tuntutan bayaran** ke atas sesuatu **bil rawatan** yang telah **dibayar tidak dipertimbangkan.**
2.6 Rawatan bagi katarak mata, pembedahan kecil dan lain-lain rawatan perubatan hanya dilaksanakan di hospital kerajaan sahaja.
2.7 Permohonan bantuan pembedahan kecil dan katarak mata perlu mengemukakan borang permohonan sebulan lebih awal daripada tarikh pembedahan.
2.8 Permohonan berkaitan **kos perjalanan** dan **sumbangan kewangan tidak dipertimbangkan.**
2.9 Setiap pemohon hanya dibenarkan membuat permohonan sekali sahaja pada setiap tahun.

3.0 CARA PERMOHONAN DIHANTAR

Permohonan perlu dihantar terus di kaunter ATAU melalui pos kepada:

Seksyen Pihak Berkuasa Tempatan
Unit Perancang Ekonomi Negeri
Tingkat 4, Bangunan SSAAS
40503 Shah Alam

Sila hubungi 03-5544 7098 / 03-5544 7076 untuk sebarang pertanyaan berkaitan permohonan ini.

SENARAI DOKUMEN UNTUK SEMAKAN

4.0 SENARAI DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK SEMAKAN

4.1 Pastikan penerima borang permohonan menyemak maklumat berikut sebelum menerima. Borang yang tidak lengkap perlu dipulangkan kepada pemohon untuk dilengkapkan.

4.2 Borang permohonan yang tidak lengkap tidak akan diproses.

BIL	DOKUMEN UTAMA	SEMAKAN (/) / (X)
1.	**Borang Permohonan Bantuan Kesihatan**	
2.	Pengenalan Diri Pemohon yang **disahkan** :- a) Salinan Kad Pengenalan Malaysia (MyKad)/ Kad Pengenalan Permastautin Tetap (MyPR) ATAU (b) Salinan Kad Pengenalan (MyKid)/ Sijil Kelahiran	
3.	**Salinan kad pengenalan/ sijil kelahiran/ mykid/ suami/ isteri/ ibu bapa/ penjaga & ahli keluarga yang disahkan oleh Ahli Parlimen/ ADUN/ pegawai kelas A/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti.** Nota: Salinan Kad Pengenalan PERLU dibuat di kedua-dua bahagian (depan dan belakang) di atas sekeping kertas saiz A4.	
4.	(a) Surat Pengesahan Ahli Parlimen/ ADUN/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung Ketua Komuniti mengenai maklumat bermastautin di Negeri Selangor bagi yang bukan anak Negeri Selangor.	
5.	**Salinan pengesahan pendapatan pemohon :-** i) Slip gaji yang disahkan oleh Ahli Parlimen/ ADUN/ pegawai kelas A/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti. ATAU ii) Surat pengesahan pendapatan yang tidak bekerja/ kerja harian/ bekerja sendiri daripada Ahli Parlimen/ ADUN/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti.	
6.	**Salinan pengesahan pendapatan suami/ isteri/ ibu bapa/ penjaga :-** i) Slip gaji yang disahkan oleh Ahli Parlimen/ ADUN/ Pegawai Kelas A/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti. ATAU ii) Surat pengesahan pendapatan yang tidak bekerja/ kerja harian/ bekerja sendiri daripada Ahli Parlimen/ ADUN/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti.	
7.	**Salinan kad Jabatan Kebajikan Masyarakat bagi pemohon Orang Kurang Upaya.**	

BIL	DOKUMEN SOKONGAN	SEMAKAN (/) / (X)
1.	**Merujuk kepada jenis permohonan bantuan :-** **a. Bagi Permohonan Bantuan Dialisis :** i. Surat/ Memo/ Laporan Perubatan terkini daripada pusat perubatan lengkap dengan maklumat pesakit dan penyakit yang dihidapi. ii. Surat pengesahan daripada Pusat Hemodialisis Kerajaan atau Swasta yang terkini lengkap dengan maklumat pesakit, kekerapan rawatan, kos rawatan, jumlah bil tertunggak (jika ada) dan maklumat agensi yang memberi bantuan beserta jumlah (jika ada).	
	b. Bantuan Permohonan Pembedahan Kecil : i. Surat/ Memo/ Laporan Perubatan daripada Hospital Kerajaan lengkap dengan maklumat pesakit, penyakit yang dihadapi, tarikh cadangan pembedahan dan anggaran kos rawatan. ii. Sebut harga peralatan yang perlu dibeli daripada pembekal yang menerima bayaran secara cek atau EFT (jika berkaitan).	
	c. Bantuan Permohonan Katarak Mata : i. Surat/ Memo/ Laporan Perubatan daripada Hospital Kerajaan lengkap dengan maklumat pesakit, penyakit yang dihadapi dan tarikh cadangan pembedahan. ii. Sebut harga kanta mata daripada pembekal yang menerima bayaran secara cek atau EFT.	
	d. Lain-lain Permohonan/ Kaki Palsu : **(kos rawatan perubatan/ pembelian barangan kesihatan atau peralatan atau ubat-ubatan sahaja)** i. Surat/ Memo/ Laporan Perubatan daripada Hospital Kerajaan yang mengesahkan penyakit pemohon dan keperluan rawatan/ pembelian barangan kesihatan atau peralatan atau ubat-ubatan. ii. Sebut harga daripada pembekal yang menerima bayaran secara cek atau EFT bagi permohonan yang memerlukan pembelian barangan kesihatan atau peralatan atau ubat-ubatan. iii. Sebarang bentuk perawatan adalah daripada Hospital Kerajaan sahaja.	

BIL	PERAKUAN PERMOHONAN	SEMAKAN (/) / (X)
1.	Sila turunkan tandatangan atau cap ibu jari kanan dengan TERANG DAN JELAS beserta tarikh permohonan di dalam borang permohonan.	

BIL	MAKLUMAT PERAKUAN	SEMAKAN (/) / (X)
1.	Perakuan daripada pihak yang mengesahkan bahawa butiran yang terkandung di dalam borang permohonan adalah benar.	

Interactive Sample

BUTIRAN PEMOHON

Sila isi di ruang yang telah disediakan dengan lengkap menggunakan **HURUF BESAR.**

MAKLUMAT PEMOHON

No. K/P : - - Umur: tahun

Nama :

Alamat :

Poskod : Bandar :

Tarikh Lahir : Lama Menetap di Selangor : tahun

Tempat Lahir : Jantina : Lelaki Perempuan

Keadaan Fizikal : Sempurna Cacat

Taraf Perkahwinan : Bujang Berkahwin Duda Janda Lain-lain: Nyatakan : _____

Nombor Untuk Dihubungi :

Rumah : - Telefon Bimbit : -

Email : _____

MAKLUMAT SUAMI/ ISTERI/ IBU BAPA/ PENJAGA PEMOHON

No. K/P : - - Umur: tahun

Nama :

Alamat :

Poskod : Bandar :

Tarikh Lahir : Lama Menetap di Selangor : tahun

Tempat Lahir : Jantina : Lelaki Perempuan

Keadaan Fizikal : Sempurna Cacat

Taraf Perkahwinan : Bujang Berkahwin Duda Janda Lain-lain: Nyatakan : _____

Nombor Untuk Dihubungi :

Rumah : - Telefon Bimbit : -

Hubungan Dengan Pemohon : Email : _____

KTerractive Sample

MAKLUMAT PEKERJAAN DAN SUMBER PENDAPATAN PEMOHON

Jenis Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja _____ ☐ Sektor Swasta (nyatakan) _____

☐ Kerja Sendiri (nyatakan) _____ ☐ Sektor Kerajaan (nyatakan) _____

Nama & Alamat :

Majikan :

Poskod :

No. Telefon : -

SUMBER PENDAPATAN	JUMLAH PENDAPATAN SEBULAN (RM)
1. Diri Sendiri	
2. Isteri/Suami	
3. Sumbangan Anak-anak	
4. Lain-lain (contoh: bantuan kebajikan/biasiswa)	
JUMLAH KESELURUHAN (RM)	

MAKLUMAT ISI RUMAH

BIL	NAMA PENUH	NO. KP/SIJIL KELAHIRAN	HUBUNGAN	UMUR	*	PENDAPATAN SEBULAN (RM)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

(Sila gunakan lampiran sekiranya ruangan tidak mencukupi) *tandakan : (K) Bekerja (S) Bersekolah atau (T) Tidak Bekerja

KTeractive Sample

MAKLUMAT PEKERJAAN DAN SUMBER PENDAPATAN SUAMI/ ISTERI/ IBU BAPA/ PENJAGA

Jenis Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja _____ ☐ Sektor Swasta (nyatakan) _____

☐ Kerja Sendiri (nyatakan) _____ ☐ Sektor Kerajaan (nyatakan) _____

Nama & Alamat :

Poskod :

Majikan & Alamat:

Poskod :

No. Telefon : - No. Faks : -

MAKLUMAT BANTUAN PEMOHON

Pernahkah anda menerima bantuan? ☐ Ya ☐ Tidak Tarikh / tahun terima : - -

Jumlah dan jenis bantuan

Nama Agensi	Kategori Bantuan	Jumlah Diterima	Bantuan Barang
1. Bantuan Lembaga Zakat	☐ Bulanan ☐ Sekaligus		
2. Jabatan Kebajikan Masyarakat	☐ Bulanan ☐ Sekaligus		
3. Kementerian Kesihahatan Malaysia	☐ Bulanan ☐ Sekaligus		
4. Lain-lain (nyatakan) :	☐ Bulanan ☐ Sekaligus		

Interactive Sample

MAKLUMAT BANTUAN YANG DIMOHON

JENIS BANTUAN KESIHATAN YANG DIMOHON

☐ PEMBEDAHAN KECIL _____

☐ KATARAK MATA

☐ DIALISIS BUAH PINGGANG : KEKERAPAN RAWATAN SEBULAN ☐☐ KALI

☐ KAKI PALSU

☐ LAIN-LAIN PERMOHONAN _____

a) Tarikh Pembedahan/ Rawatan : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

b) Penyakit Yang Dihidapi : _____

c) Nama Pusat Perubatan/Pembekal : _____

d) Alamat : _____

_____

e) No. Tel. Hospital / Pusat Perubatan / Pembekal : ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

f) No. Faks Hospital / Pusat Perubatan / Pembekal : ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

g) Kos Rawatan / Pembedahan / Peralatan : ☐☐☐☐☐☐.☐☐

h) Nama Peralatan / Barangan Kesihatan (Jika berkaitan) : _____

i) Jumlah Bil Tertunggak : ☐☐☐☐☐☐.☐☐

j) Lampirkan bersama maklumat tersebut dengan **TERANG** dan **JELAS:**-
   i. Surat/ Memo/ Laporan perubatan terkini yang mengesahkan penyakit pemohon. (jika berkaitan)
   ii. Surat pemakluman berkenaan tarikh pembedahan / rawatan / pembekalan. (jika berkaitan)
   iii. Sebutharga daripada pembekal peralatan / barangan kesihatan / rawatan yang menerima bayaran secara EFT/Cek. (jika berkaitan)

l) Pengesahan daripada pegawai perubatan yang bertanggungjawab di atas segala keterangan yang diberikan.
Saya mengesahkan bahawa butiran yang terkandung di atas adalah benar.

Nama Penuh : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Jawatan : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

No. K/p : ☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

No. Telefon : ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

Tarikh : ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Ulasan : _____

_____

Tandatangan dan cop pengesahan
(Bagi pemohon rawatan dialisis sila sertakan surat pengesahan daripada Pusat Hemodialisis)

PEMAKLUMAN: Sekiranya permohonan tuan/puan diluluskan, pembayaran akan dibuat kepada pihak hospital/pusat perubatan/pembekal mengikut jumlah bantuan yang diluluskan.

Interactive Sample

PERAKUAN PEMOHON

- Saya mengaku bahawa segala maklumat dan kenyataan yang diberikan adalah **benar** dan **tepat.**
- Saya juga bersetuju dengan syarat-syarat kelayakan seperti dinyatakan.
- Saya juga faham dan akur sekiranya didapati maklumat dan kenyataan yang diberikan adalah salah, Kerajaan Negeri berhak pada bila-bila masa menarik balik bantuan yang telah diluluskan.

Tarikh : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Tandatangan Pemohon

PENGESAHAN MAKLUMAT

(Diisikan oleh Ahli Parlimen/ ADUN/ Pegawai Kelas A / Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti)

Saya mengesahkan bahawa butiran yang terkandung di dalam borang ini adalah benar.

Nama Penuh :

No. Telefon : ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐ Tarikh : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Ulasan :

Tandatangan dan cop :

Kiraan Sample

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

1 Proses siasatan/semakan :

Tandatangan dan Cop :

Tarikh : __ __ - __ __ - __ __ __ __

2 Kelulusan Bantuan Oleh Y.B Pengerusi Jawatankuasa Tetap Kesihatan :

☐ Diluluskan

☐ Tidak Lulus

Sebanyak : RM __ __ __ __ __ __ . __ __

Ulasan :

Tandatangan dan Cop :

Tarikh : __ __ - __ __ - __ __ __ __

KTeractive Sample

Jawatankuasa Tetap Kesihatan
Seksyen Pihak Berkuasa Tempatan
UPEN

BORANG PENGISYTIHARAN PENDAPATAN
PROGRAM BANTUAN KESIHATAN SIHAT SELANGOR

(Sila buat salinan mukasurat ini untuk diisi oleh suami/ isteri/ ibu bapa dan penjaga)

Nama Dan Alamat :

_____

_____

_____

_____

_____ Tarikh : _____

PENGAKUAN PENGESAHAN PENDAPATAN PEMOHON DAN SUAMI/ ISTERI/ IBU BAPA/ PENJAGA

Dengan hormatnya, saya _____

no. kad pengenalan : _____dengan penuh tanggungjawab dan secara jujur memaklumkan bahawa sesungguhnya (isi salah satu) :-

Saya bekerja sebagai (pekerjaan) _____

Anggaran pendapatan saya sebulan ialah sekitar RM _____

ATAU

Saya tidak bekerja kerana _____

Perbelanjaan saya secara bulanan adalah berdasarkan sumber _____

Saya yang benar,

_____

Tandatangan Pemohon/ Suami/ Isteri/ Ibu/ Bapa/ Penjaga

PENGESAHAN PENDAPATAN

(Ahli Parlimen/ ADUN/ Pegawai Kelas A / Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti)

Sesungguhnya saya mengesahkan bahawa segala keterangan yang diberikan oleh pemohon adalah benar.

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Jawatan : _____

No. Telefon : _____

Tarikh : _____

_____

Tandatangan dan Cop Rasmi

Syarat mengisi borang pengisytiharan pendapatan :-

Diisi oleh pemohon dan suami/ isteri/ ibu/ bapa/ penjaga yang mempunyai pekerjaan yang tidak tetap (kerja sambilan/ kerja gaji hari/ kerja sendiri), atau mempunyai pendapatan daripada SOCSO/ PERKESO/ lain-lain badan kebajikan/ sumber yang tiada slip gaji seperti daripada komisyen atau bonus jualan produk atau tidak bekerja.

KTeractive Sample

BORANG PENGESAHAN STATUS PERMASTAUTINAN
PERMOHONAN DI BAWAH PROGRAM
BANTUAN KESIHATAN SIHAT SELANGOR

Nama dan alamat Pemohon :

_____

_____

_____

_____

Tarikh :_____

PENGAKUAN PENGESAHAN TEMPOH PERMASTAUTINAN PEMOHON

Dengan hormatnya, saya _____

no. kad pengenalan : _____dengan penuh tanggungjawab dan secara

jujur memaklumkan bahawa (nama pemohon) :-_____

no. kad pengenalan : _____ telah bermastautin di Negeri Selangor

selama _____ tahun.

Saya yang benar,

Tandatangan : _____

Cop Rasmi :
Jawatan

No. Telefon : _____

Tarikh : _____

Nota: Pengesahan permastautin hanya boleh dibuat oleh Ahli Parlimen/ ADUN/ Tok Penghulu/ Ketua Kampung/ JKKK Kampung/ Ketua Penduduk/ Ketua Komuniti sahaja.

KTeractive Sample