

LAMPIRAN C

BORANG PERMOHONAN PERUNTUKAN DANA KHAS (BANTUAN SOSIAL PERUBATAN) JABATAN KESIHATAN NEGERI TERENGGANU

PERMOHONAN PERUNTUKAN DANA KHAS BAGI BANTUAN KEBAJIKAN SOSIAL PERUBATAN	
<p><i>Sila baca keterangan berikut sebelum mengisi borang:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>i) Borang permohonan ini hendaklah diisi dalam 3 salinan 1 salinan untuk simpanan pemohon 1 salinan untuk simpanan pihak hospital yang merujuk 1 salinan untuk simpanan Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>ii) Apa-apa perubahan mengenai permohonan ini atau pembatalannya hendaklah dimaklumkan kepada Jawatankuasa Tindakan Dana Khas</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>iii) Jawatankuasa Tindakan Dana Khas (Bantuan Sosial Perubatan) berhak menarik balik peruntukan jika didapati pemohon melanggar syarat-syarat yang ditetapkan atau memberi maklumat palsu.</i></p>	
BAHAGIAN A (Untuk diisi oleh pemohon)	
BUTIR-BUTIR PEMOHON	
Nama:	
No.Kad Pengenalan/Sijil Kelahiran:	
Jantina: Lelaki / Perempuan*	Taraf Perkahwinan: Bujang / Berkahwin/ Duda / Janda*
Tarikh lahir:	Tempat Lahir:
Pekerjaan: Kerajaan / Swasta/ Berkanun/ Sendiri	Gaji sebulan:
Alamat tempat kerja:	Jawatan:
BUTIR- BUTIR KELUARGA	
Nama Ibu / Bapa / Penjaga:* (Bagi kanak-kanak)	
Nama Suami / Isteri:	
Kad Pengenalan Ibu / Bapa / Penjaga / Suami / Isteri:*	

Tempat Lahir Ibu / Bapa / Suami / Isteri:*			
Pekerjaan: Kerajaan / Swasta / Berkanun / Sendiri*		Gaji sebulan:	
Alamat tempat kerja:		Jawatan:	
BUTIR-BUTIR ANAK (jika berkaitan)			
Bil	Nama	Tarikh Lahir	Darjah / Tingkatan/ IPTA / Pekerjaan
<p>Pernahkah anda memohon bantuan dari agensi lain untuk masalah yang sama?</p> <p>Ya () Tidak ()</p> <p>Jika Ya, dari pihak mana? Nyatakan (sumber/ jumlah bantuan / sertakan dokumen asal)</p> <p>Jika tidak, beri alasan:</p>			
<p>Saya.....(pemohon/ibu/bapa/penjaga)</p> <p>No kad pengenalan.....mengesahkan semua maklumat di atas adalah benar.</p> <p>Tandatangan:</p> <p>Nama:</p> <p>Alamat:</p> <p>Tarikh:</p>			

BAHAGIAN B (Untuk diisi Pegawai Kerja Sosial Perubatan)

Ulasan PKSP

Tandatangan:

Cop Jawatan:

Tarikh:

Nama Pesakit:

No. Kad Pengenalan:

BAHAGIAN C

**BUTIR-BUTIR MASALAH PERUBATAN PEMOHON
(Untuk diisi oleh Pakar Yang Merawat)**

Diagnosa:

Hilang keupayaan (jika ada): Kekal / Tidak kekal
(sila nyatakan):

Rawatan lanjutan yang diperlukan:

Tempat rawatan lanjutan yang disyorkan:

Peralatan Perubatan bantuan / ubat yang diperlukan:
(jika perlu)

Jika perlu peralatan / ubat yang tidak dibekalkan kerajaan, sila nyatakan nama-nama pembekal yang dicadangkan:

- 1.
- 2.
- 3.

Ulasan:

Pegawai Perubatan:

Ketua Jabatan:

Tandatangan :

Tandatangan :

Cop Jawatan :

Cop Jawatan :

Untuk diisi oleh Pengarah Hospital

Disokong /Tidak Disokong

Tandatangan:

Cop Jawatan:

Tarikh:

**BAHAGIAN D (Untuk kegunaan urusetia Jawatankuasa Dana Khas
(Bantuan Kebajikan Sosial Perubatan)**

Tarikh mesyuarat:

Keputusan permohonan:

Tandatangan :

Disahkan oleh :

Nama :

Nama :

Cop Jawatan :

Cop Jawatan :

Tarikh :

Tarikh :