



BORANG PERMOHONAN BANTUAN KHAS PESAKIT BUAH PINGGANG DI SARAWAK

PANDUAN PEMOHON

- Borang ini adalah **PERCUMA**.
- Borang ini hendaklah diisi dengan **HURUF BESAR**.
- Maklumat hendaklah diisi dengan **lengkap**.
- Kembalikan permohonan kepada **Pejabat Kebajikan Masyarakat Bahagian yang terdekat**.

KRITERIA KELAYAKAN

- Tiada had umur;
- Orang Sarawak (Kad Pengenalan status "K") dan menetap di Sarawak;
- Bukan penjawat awam, pesara awam dan pencharum PERKESO;
- Tergolong dalam kumpulan B40 atau M40 dengan **pendapatan per kapita** tidak melebihi RM1,020.00 sebulan atau mengikut paras garis kemiskinan (PGK) semasa; dan
- Tidak mendapat subsidi rawatan dan bantuan pengangkutan daripada mana-mana agensi kerajaan, swasta dan badan bukan kerajaan; atau
- Penerima bantuan tetapi masih memerlukan bantuan sokongan seperti bantuan pengangkutan (*case by case basis*).

A. BANTUAN KLINIKAL

| JENIS BANTUAN | TANDAKAN (√) |
|--|----------------|
| Hemodialisis (HD) | |
| Pemasangan Arteriovenous Fistula (AVF) | |
| Suntikan Erythropoietin (EPO) | |
| Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) | |

B. BANTUAN SOKONGAN

| JENIS BANTUAN | TANDAKAN (√) |
|----------------------|----------------|
| Bantuan Pengangkutan | |
| Bantuan Transplan | |

Nota: Bantuan transplan hanya merangkumi kos penginapan dan pengangkutan bagi pesakit yang menjalani pemindahan buah pinggang di Semenanjung Malaysia dengan syor daripada Pakar Nefrologi Kerajaan sahaja.

1. MAKLUMAT PEMOHON

| | | |
|--------------------|---------|-------|
| Nama Penuh | | |
| No. Kad Pengenalan | | |
| Jantina | | |
| Alamat | | |
| No. Telefon | (Rumah) | (H/P) |
| E-mel | | |
| Pekerjaan | | |

2. MAKLUMAT WARIS

| | | |
|--------------------|---------|-------|
| Nama Penuh | | |
| No. Kad Pengenalan | | |
| Jantina | | |
| Alamat | | |
| No. Telefon | (Rumah) | (H/P) |
| E-mel | | |
| Pekerjaan | | |
| Hubungan | | |

3. MAKLUMAT PENDAPATAN

| BIL. | PENDAPATAN | JUMLAH (RM) |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| 1. | Pendapatan Pemohon | |
| 2. | Pendapatan Isi Rumah | |
| JUMLAH PENDAPATAN | | |

Sila nyatakan jenis bantuan rawatan penyakit buah pinggang yang sedang diterima sekiranya ada.

| BIL. | JENIS BANTUAN | JUMLAH (RM) |
|-----------------------|---------------|-------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| JUMLAH BANTUAN | | |

4. MAKLUMAT AHLI KELUARGA / TANGGUNGAN

| BIL. | NAMA | NO. K.P / SIJIL LAHIR | JANTINA/UMUR | HUBUNGAN | PENDIDIKAN | PEKERJAAN / PENDAPATAN |
|------|------|-----------------------|--------------|----------|------------|------------------------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |

Nota: Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi.

C. AKUAN PEMOHON

Dengan ini, saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah betul dan benar. Saya faham bahawa jika saya telah memberikan maklumat palsu dalam borang ini maka permohonan/bantuan saya boleh dibatalkan dengan serta merta.

Tandatangan/Cap Jari : _____
Nama Penuh : _____
Tarikh : _____

D. PENGESAHAN MAJIKAN/ KETUA MASYARAKAT KETUA KAUM (KMKK)/ PEGAWAI KUMPULAN PENGURUSAN DAN PROFESIONAL

Dengan ini, saya mengesahkan bahawa maklumat pemohon adalah betul dan benar.

| | | | |
|--------------------|---|--|-----------|
| Tandatangan | : | | Cop Rasmi |
| Nama Penuh | : | | |
| No. Kad Pengenalan | : | | |
| Tarikh | : | | |

Nota : Sila lampirkan bersama slip pendapatan yang telah diakui sah sekiranya ada.

E. PENGESAHAN DIAGNOSIS PESAKIT OLEH PAKAR NEFROLOGI KERAJAAN

Dengan ini saya mengesahkan bahawa pemohon tersebut di atas adalah pesakit buah pinggang peringkat akhir dan memerlukan rawatan_____

| | | | |
|--------------------|---|--|-----------|
| Tandatangan | : | | Cop Rasmi |
| Nama Penuh | : | | |
| No. Kad Pengenalan | : | | |
| Tarikh | : | | |

MAKLUMAN

Semua maklumat yang dilaporkan dalam permohonan Bantuan Khas Pesakit Buah Pinggang adalah menjadi Hak Milik Kerajaan Sarawak dan boleh digunakan untuk tujuan rasmi.

SENARAI SEMAK

Permohonan perlu disertakan salinan dokumen sokongan berikut yang telah disahkan:

- (i) Kad Pengenalan atau Sijil Lahir pemohon dan Ahli Isi Rumah (AIR);
- (ii) Surat pengesahan Pakar Nefrologi Kerajaan;
- (iii) Bukti pendapatan (penyata gaji atau penyata bank untuk 3 bulan atau pengesahan KMKK); dan
- (iv) Bukti tempat tinggal (bil utiliti atau pengesahan oleh KMKK).

RUANGAN INI SENGAJA DIBIARKAN KOSONG

F. KEGUNAAN PEJABAT KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN

(i) **SYOR KELULUSAN BANTUAN**
Sila tandakan (✓)

| | |
|-------|--|
| LAYAK | |
|-------|--|

| | |
|-------------|--|
| TIDAK LAYAK | |
|-------------|--|

(ii) **JENIS BANTUAN YANG DISYORKAN**

| JENIS BANTUAN | TANDAKAN (✓) |
|--|----------------|
| Hemodialisis (HD) | |
| Pemasangan Arteriovenous Fistula (AVF) | |
| Suntikan Erythropoietin (EPO) | |
| Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) | |
| Bantuan Pengangkutan | |
| Bantuan Transplan | |

(iii) **PUSAT RAWATAN YANG DISYORKAN**

Nama Pusat Rawatan : _____
 Alamat Pusat Rawatan : _____

 Pegawai untuk dihubungi : _____
 No. Telefon : _____

G. KEGUNAAN IBU PEJABAT JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT SARAWAK

KELULUSAN BANTUAN
Sila tandakan (✓)

| KELULUSAN | TANDAKAN (✓) | CATATAN |
|-------------------------|----------------|---------|
| LULUS SEPERTI SYOR PKMB | | |
| TIDAK LULUS | | |

Tandatangan : _____ Cop Rasmi Jabatan
 Pegawai Melulus : _____
 Jawatan/Gred : _____
 Tarikh : _____