



**BORANG PERMOHONAN BANTUAN PERUBATAN DI SARAWAK**

**PANDUAN PEMOHON**

- Borang ini adalah **PERCUMA**.
- Borang ini hendaklah diisi dengan **HURUF BESAR**.
- Semua maklumat hendaklah diisi dengan **lengkap**.
- Kembalikan permohonan kepada **Pejabat Kebajikan Masyarakat Bahagian (PKMB) yang terdekat**.

**KRITERIA KELAYAKAN**

- Tiada had umur;
- Orang Sarawak (Kad Pengenalan status "K") dan menetap di Sarawak;
- Pesakit yang telah disahkan / dirujuk oleh Pegawai Perubatan Kerajaan;
- Pesakit yang memerlukan bantuan sokongan (*case by case basis*);
- Tergolong dalam kumpulan B40 atau M40 dengan **pendapatan per kapita** tidak melebihi RM1,020.00 sebulan; dan
- Tidak mendapat subsidi rawatan dan bantuan sokongan daripada mana-mana agensi kerajaan, swasta dan badan bukan kerajaan;
- Bukan kakitangan kerajaan atau pesara kerajaan atau ahli keluarga yang mendapat faedah perubatan di bawah Pekeliling Perkhidmatan Semasa dan kemudahan perubatan Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA);
- Bukan kakitangan swasta atau bekerja sendiri yang mencarum dengan Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO) dan / atau yang mempunyai perlindungan insurans kesihatan.

**SENARAI SEMAK DOKUMEN (Sila tandakan (✓) bagi dokumen yang disertakan)**

Permohonan wajib disertakan **salinan dokumen sokongan** berikut seperti berikut:

BIL	PERKARA	TANDAKAN (✓)
1.	Borang Permohonan Bantuan Perubatan <b>Borang JKMS/BP/01/2021</b> yang lengkap diisi	
2.	Salinan kad pengenalan pemohon / sijil lahir bagi pemohon kanak-kanak	
3.	Nota Diagnosis / surat daripada Pegawai Perubatan Kerajaan	
4.	Salinan penyata gaji / pengesahan pendapatan (jika tiada penyata gaji) oleh Ketua Kaum / Ketua Masyarakat / Pegawai Kumpulan Pengurusan dan Profesional	
5.	Salinan penyata gaji / pengesahan pendapatan (jika tiada penyata gaji) Ahli Isi Rumah (AIR) oleh Ketua Kaum / Ketua Masyarakat / Pegawai Kumpulan Pengurusan dan Profesional	
6.	Salinan bil utiliti untuk bukti tempat tinggal	
7.	Sebutharga kos rawatan / pembelian peralatan / resit asal	
8.	Salinan muka hadapan buku akaun / penyata bank pemohon atau NGO	
9.	Lain-lain dokumen yang berkaitan	

**BANTUAN YANG DIPERLUKAN OLEH PEMOHON (Diisi oleh pemohon)****A. BANTUAN KLINIKAL**

JENIS BANTUAN	TANAKAN (✓)
Kos pembedahan / implan	
Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi	
Pembekalan ubat-ubatan	
Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: <ul style="list-style-type: none"><li>• rawatan</li><li>• pemulihan; dan</li><li>• penyembuhan</li></ul>	

**1. MAKLUMAT PEMOHON**

Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Jantina		
Bangsa		
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 dengan pesakit		

**3. MAKLUMAT PENDAPATAN**

BIL.	PENDAPATAN	JUMLAH (RM)
1.	Pendapatan Pemohon	
2.	Pendapatan Ahli Isi Rumah	
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>		

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

BIL.	JENIS BANTUAN	JUMLAH (RM)
1.		
2.		
3.		
<b>JUMLAH BANTUAN</b>		

**4. MAKLUMAT AHLI KELUARGA / TANGGUNGAN**

BIL.	NAMA	NO. K.P / SIJIL LAHIR	JANTINA/ UMUR	HUBUNGAN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN / PENDAPATAN
1.						
2.						
3.						

Nota: Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi.

**B. AKU JANJI 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 serta merta.

Tandatangan / Cap Jari : \_\_\_\_\_  
 Nama Penuh : \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_

**C. PENGESAHAN MAJIKAN / KETUA MASYARAKAT / KETUA KAUM / 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 slip pendapatan / perakuan pendapatan yang telah disahkan sekiranya bekerja sendiri / tidak bekerja.

**D. PENGESAHAN DIAGNOSIS PESAKIT OLEH PEGAWAI PERUBATAN KERAJAAN**

Dengan ini saya mengesahkan bahawa pemohon tersebut di atas memerlukan bantuan perubatan berikut:

JENIS BANTUAN	TANDAKAN ( ✓ )	KOS (RM)
Kos pembedahan / implan		
Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi		
Pembekalan ubat-ubatan		
Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rawatan</li> <li>• pemulihan; dan</li> <li>• penyembuhan</li> </ul>		
<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>		

Nota : \*Sila lampirkan bersama Nota Diagnosis / surat daripada Pegawai Perubatan Kerajaan

**TEMPAT MENJALANI RAWATAN**

Nama Pusat Rawatan : \_\_\_\_\_  
 Alamat Pusat Rawatan : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Pegawai untuk dihubungi : \_\_\_\_\_  
 No. Telefon : \_\_\_\_\_

Tandatangan Pegawai Perubatan Kerajaan : \_\_\_\_\_ Cop Rasmi  
 Nama Penuh : \_\_\_\_\_  
 No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_

**E. KAEDAH PEMBAYARAN**

(i) Pertubuhan (NGO) : \_\_\_\_\_  
 No. Pendaftaran Pertubuhan : \_\_\_\_\_  
 No. Akaun : \_\_\_\_\_

(Kepilkan salinan Pendaftaran Pertubuhan dan salinan no. akaun bank bagi kes yang dirujuk oleh NGO)

(ii) Nama Penerima : \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan pesakit : \_\_\_\_\_  
 No. akaun bank : \_\_\_\_\_

(Kepilkan salinan muka hadapan buku akaun / penyata bank bagi kes yang dirujuk oleh hospital kerajaan / pesakit sendiri)

**F. KEGUNAAN PEJABAT KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN (PKMB)**

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

**DISOKONG**

**TIDAK DISOKONG**

JENIS BANTUAN	TANDAKAN ( ✓ )	KOS (RM)
Kos pembedahan / implan		
Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi		
Pembekalan ubat-ubatan		
Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rawatan</li> <li>• pemulihan; dan</li> <li>• penyembuhan</li> </ul>		
<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>		

(ii) **ULASAN PEGAWAI KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN**

---

---

---

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama Penuh : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Nota : Nyatakan dengan terperinci jenis rawatan /peralatan / pemulihan dalam ruangan ulasan.

**NOTIS PRIVASI**

JKMS berhak untuk mengubah atau mengemaskini notis privasi ini untuk menyelaraskan apa-apa perubahan terhadap amalan privasi kami. Kami percaya bahawa anda bersetuju dengan terma di atas dan membenarkan kami memproses maklumat peribadi anda.