



**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**

- (i) Tiada had umur;
- (ii) Orang Sarawak (Kad Pengenalan status "K") dan menetap di Sarawak;
- (iii) Pesakit yang telah disahkan / dirujuk oleh Pegawai Perubatan Kerajaan;
- (iv) Pesakit yang memerlukan bantuan sokongan (*case by case basis*);
- (v) Tergolong dalam kumpulan B40 atau M40 dengan **pendapatan per kapita** tidak melebihi RM1,020.00 sebulan; dan
- (vi) Tidak mendapat subsidi rawatan dan bantuan sokongan daripada mana-mana agensi kerajaan, swasta dan badan bukan kerajaan;
- (vii) 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);
- (viii) 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	TANDAKAN (✓)
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.