



JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT SARAWAK
 Wisma Kebajikan, Lot 4273 Blok 14, Off Jalan Siol Kanan, 93050 Kuching, Sarawak
 Tel:082- 449577/444139 | Faks:082-445710/448741
 Laman web rasmi:welfare@sarawak.gov.my



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 (PKMB)** yang terdekat.

KRITERIA KELAYAKAN

- Tiada had umur;
- Orang Sarawak (Kad Pengenalan status "K") dan menetap di Sarawak;
- Bukan penjawat awam, pesara awam dan pencarum PERKESO;
- Pesakit **baharu** yang telah disahkan oleh Pakar Nefrologi Kerajaan untuk mendapatkan rawatan klinikal;
- 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*).

BANTUAN YANG DIPERLUKAN OLEH PEMOHON (*Diisi oleh pemohon*)

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.						

Nota: Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi.

C. AKU JANJI PEMOHON

Dengan ini, saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah betul dan benar. Saya faham dan akur akan segala syarat dan prosedur yang telah ditetapkan oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak (JKNS) dan Jabatan Kebajikan Masyarakat Sarawak (JKMS). Saya bertanggungjawab untuk membayar apa-apa perbelanjaan yang melebihi had bantuan yang telah diluluskan.

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

D. 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 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 dan bantuan :

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

Nota: Bantuan transplan hanya merangkumi kos penginapan dan pengangkutan bagi pesakit yang menjalani pemindahan buah pinggang di Semenanjung Malaysia.

PUSAT RAWATAN YANG DISYORKAN

Nama Pusat Rawatan : _____
 Alamat Pusat Rawatan : _____

 Pegawai untuk dihubungi : _____
 No. Telefon : _____

Tandatangan Pakar : _____ Cop Rasmi
 Nefrologi Kerajaan : _____
 Nama Penuh : _____
 No. Kad Pengenalan : _____
 Tarikh : _____

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.

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 pemohon dan AIR (penyata gaji atau penyata bank untuk 3 bulan atau pengesahan KMKK); dan
- (iv) Bukti tempat tinggal (bil utiliti atau pengesahan oleh KMKK).

F. KEGUNAAN PEJABAT KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN (PKMB)

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

DISOKONG	
----------	--

TIDAK DISOKONG	
-------------------	--

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

Tandatangan : _____

Nama Penuh : _____

Tarikh : _____

(ii) **JENIS BANTUAN YANG DISYORKAN**

JENIS BANTUAN	TANDAKAN (✓)	PENGIRAAN (KOS SETIAP SESI x TEMPOH KELULUSAN) ATAU KOS (ONE-OFF) (RM)
Hemodialisis (HD)		
Pemasangan Arteriovenous Fistula (AVF)		
Suntikan Erythropoietin (EPO)		
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)		
Bantuan Transplan		
Bantuan Pengangkutan		
JUMLAH		

G. KEGUNAAN IBU PEJABAT JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT SARAWAK

KELULUSAN BANTUAN
Sila tandakan (✓)

KELULUSAN	TANDAKAN (✓)	CATATAN
LULUS		
TIDAK LULUS		

Tandatangan : _____

Nama : _____

Jawatan/Gred : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi
Jabatan