

PERMOHONAN PEMBIAYAAN RAWATAN PERUBATAN
TABUNG BANTUAN PERUBATAN (TBP)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

(Untuk diisi oleh Pemohon dengan HURUF BESAR)

Panduan mengisi borang:

1. Pemohon perlu melengkapkan Borang A dan senarai semak yang disertakan.
2. Pemohon perlu mengemukakan dokumen sokongan yang lengkap dan kegagalan berbuat demikian boleh menyebabkan permohonan tidak diproses.
3. Pengemukakan maklumat palsu boleh menyebabkan permohonan tidak akan dipertimbangkan dan tindakan boleh diambil ke atas pemohon.

A. BUTIR-BUTIR PESAKIT WARGANEGARA MALAYSIA

Nama Penuh:

Kad Pengenalan (Baru):

(Lama):

Umur:

Jantina:

Keturunan/ Bangsa:

Agama:

Alamat:

Poskod:

Tel. (R):

H/P:

B. MAKLUMAT IBU BAPA / PENJAGA / WARIS*

Nama:

Kad Pengenalan (Baru):

(Lama):

Umur:

Jantina:

Keturunan/ Bangsa:

Status Warganegara:

Hubungan Dengan Pesakit:

Alamat:

Poskod:

Tel. (R):

H/P:

C. KEDUDUKAN SOSIO EKONOMI

Pekerjaan Pesakit:

Pendapatan Bulanan: RM

Bilangan Tanggungan (*ahli keluarga yang tinggal bersama pemohon*):

KEDUDUKAN SOSIO EKONOMI IBU BAPA / PENJAGA / WARIS*

Pekerjaan:

Pendapatan Bulanan: RM

BORANG A
PINDAAN 2019

D. BUTIRAN PERMOHONAN RAWATAN PERUBATAN	
Adakah pesakit pernah menerima bantuan lain untuk kos rawatan perubatan ini?	Tidak <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> Ya <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> Jika Ya, nyatakan sumber bantuan** dan tahun terima :
Adakah pesakit memohon bantuan lain untuk kos rawatan perubatan kali ini?	Tidak <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> Ya <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> Jika Ya, nyatakan sumber bantuan**:
Kos rawatan perubatan: RM	Kos yang dibayar oleh pemohon: RM
<i>Kelulusan kos rawatan perubatan adalah tertakluk kepada pertimbangan dan keputusan pihak berkuasa melulus.</i>	
E. PENGESAHAN PEMOHON	
Saya bersetuju: i. untuk dirujuk bagi permohonan bantuan di bawah pembiayaan Tabung Bantuan Perubatan (TBP); ii. untuk memberi kebenaran kepada pihak yang bertanggungjawab menggunakan data peribadi saya bagi menyemak dengan agensi lain untuk pengesahan maklumat; dan iii. mengesahkan semua maklumat yang diberikan adalah benar dan jika sekiranya didapati sebarang keterangan yang diberikan adalah palsu maka permohonan ini tidak akan dipertimbangkan dan tindakan undang-undang boleh diambil ke atas saya.	
Tandatangan/ Cap Jari Pemohon	Nama Pemohon
Tarikh	

* Sila potong yang tidak berkenaan

** Sumber bantuan: Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM), Kerajaan Negeri, Lembaga Zakat, Baitulmal, Skim Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40 (PeKa B40), Badan-badan Bukan Kerajaan (NGO) seperti Persatuan Buddist Tzu-Chi, Tabung Kebajikan Perubatan Malaysia (TKPM), Rotary Club, MAKNA dan lain-lain