

HOSPITAL ADVENTIST PULAU PINANG

Dikendalikan oleh Perkhidmatan Hospital dan Klinik Adventist (M) Berhad (255697-M) 465,
JALAN BURMA, 10350 PULAU PINANG, MALAYSIA.
TEL: (604) 226 1133 FAKS: (604) 226 3366

PERMOHONAN ATAS PENGURANGAN BAYARAN PERUBATAN DARI TABUNG AMAL HOSPITAL

Borang permohonan ini adalah dikeluarkan untuk pesakit-pesakit kami sahaja. Iaitu mereka yang miskin dan perlu menerima rawatan perubatan tetapi tidak berkemampuan untuk membayar jumlah bayaran perbelanjaan perubatan dengan sepenuhnya.

Borang permohonan ini perlu diisi dengan lengkap oleh pemohon. Maklumat yang diberikan mestilah tepat dan betul. Pemohon juga perlu mendapatkan nama dan tandatangan daripada dua orang penyokong yang mengesahkan segala maklumat yang anda berikan adalah benar. Penyokong-penyokong tersebut perlu mempunyai nama baik dan kedudukan yang tetap dalam masyarakat Malaysia. Sila kembalikan borang ini kepada pihak Hospital.

Penyiasatan ke dalam keadaan dan latarbelakang kewangan pemohon dan/atau pesakit daripada semua sumber akan dilaksanakan seperti yang dianggap perlu oleh hospital. Pemohon dikehendaki membenarkan wakil hospital memperoleh kesemua maklumat yang berkaitan dengan permohonan ini tanpa merujuk pada pemohon.

Permohonan ini tetap merupakan harta Hospital Adventist Pulau Pinang tanpa mengira keputusan permohonan ini. Hospital Adventist Pulau Pinang berhak untuk meluluskan atau menolak permohonan ini tanpa sebarang sebab.

HOSPITAL ADVENTIST PULAU PINANG

Dikendalikan oleh Perkhidmatan Hospital dan Klinik Adventist (M) Berhad (255697-M) 465,
JALAN BURMA, 10350 PULAU PINANG, MALAYSIA.
TEL: (604) 226 1133 FAKS: (604) 226 3366

BORANG PERMOHONAN AMAL

DATA PESAKIT:

Nama Pesakit: _____ Umur: _____ Jantina: _____

Alamat Pesakit: _____

_____ Tel: (R) _____ Telefon bimbit: _____

Pekerjaan Pesakit/bisnes sendiri: _____ Tel(O) _____

Pendapatan kasar bulanan: RM _____ Elaun-elaun lain: RM _____

Pendapatan lain: RM _____

DATA KELUARGA:

Nama suami/isteri/ibu bapa: _____ Umur: _____

/Pekerjaan Bapa: _____ Tel: _____

Pekerjaan Ibu: _____ Tel: _____

Nama majikan: _____ Tel: _____

Alamat majikan/syarikat: _____

_____ Tel: _____

Pendapatan kasar bulanan suami/isteri/ibu bapa: RM _____ Elaun-elaun lain: RM _____

BILANGAN ANAK: (Sekiranya jumlah anak-anak anda melebihi ruang yang disediakan, sila tulis di belakang borang ini)

Nama: _____ Umur: _____ Pekerjaan: _____ Pendapatan: RM _____

Alamat: _____ Tel. No.: _____

Nama: _____ Umur: _____ Pekerjaan: _____ Pendapatan: RM _____

Alamat: _____ Tel. No.: _____

Nama: _____ Umur: _____ Pekerjaan: _____ Pendapatan: RM _____

Alamat: _____ Tel. No.: _____

Nama: _____ Umur: _____ Pekerjaan: _____ Pendapatan: RM _____

Alamat: _____ Tel. No.: _____

Nama: _____ Umur: _____ Pekerjaan: _____ Pendapatan: RM _____

Alamat: _____ Tel. No.: _____

Borang permohonan amal (sambung... - ms 2)

PERBELANJAAN KEHIDUPAN BULANAN

Bayaran perumahan/Sewa:RM_____ Insurans:RM_____

Bil-bil utiliti :RM_____ Bayaran ansuran:RM_____

Bayaran kereta :RM_____ Gasolin/tambang pengangkutan:RM_____

Makanan & pakaian :RM_____ Perbelanjaan perubatan bulanan:RM_____

Cukai :RM_____ Jagaan anak:RM_____ Perbelanjaan
lain :RM_____

ASET YANG DIMILIKI:

Rumah/apartmen :RM_____ Peti sejuk :RM_____

Kereta :RM_____ Motosikal:RM_____

HiFi/T.V./Video/set Komputer/oven mikrogelombang/DVD/VCR :RM_____

Huraian corak rumah/apartmen secara am:_____

Jumlah tabung amal yang pesakit pohon:RM_____

<p>Saya, _____ No. KP _____ menyerahkan permohonan ini kepada Hospital Adventist Pulau Pinang untuk memohon bantuan kewangan atau tabung amal untuk menjelaskan bayaran perubatan hospital saya.</p> <p>Saya mengesahkan bahawa segala maklumat di atas adalah benar dan betul. Saya juga memberi kuasa kepada hospital atau wakil hospital untuk mendapatkan sebarang maklumat dari sebarang sumber yang berkaitan dengan permohonan ini tanpa merujuk kepada saya.</p> <p>Permohonan ini tetap merupakan harta Hospital Adventis Pulau Pinang tanpa mengira keputusan permohonan ini tanpa sebarang sebab.</p> <p>Tarikh: _____ Tandatangan pesakit: _____</p> <p style="text-align: center;">/Tandatangan pemohon: _____ (Sila tandakan hubungan dengan pesakit): _____</p>
--

Jangan lupa serahkan: foto anda, sekeping salinan kad pengenalan, sekeping salinan sijil kelahiran, surat rujukan doktor, borang Cukai Pendapatan (J)

43F

Borang permohonan amal (sambung... - ms 3)

MAKLUMAT PENYOKONG

Catatan: Pemohon mesti memberikan dua nama penyokong untuk menyokong pemohonannya, dan penyokong harus merupakan orang yang bereputasi dan berkedudukan tetap dalam masyarakat Malaysia serta tidak bersaudara dengan pemohon. (Orang yang berkuasa seperti Yang Berhormat atau Ketua Rukun Tetangga atau Pengetua atau lain-lain.)

Penyokong Pertama

Saya di sini mengesahkan bahawa pesakit/pemohon adalah miskin dan tidak berkemampuan menjelaskan bayaran perubatan dengan sepenuhnya.

Nama: _____ No. KP _____

Alamat Rumah: _____

_____ No. Telefon: _____

Profesion/Pekerjaan: _____

Adakah anda bersaudara dengan pemohon? _____ Ya _____ Tidak

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

DISAKSIKAN OLEH: Nama: _____ No. KP _____

Alamat: _____

_____ No. Telefon: _____

Profesion/Pekerjaan: _____

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

Sambung muka surat yang seterusnya:

Borang permohonan amal (sambung... - ms 4)

MAKLUMAT PENYOKONG

Catatan: Pemohon mesti memberikan dua nama penyokong untuk menyokong pemohonannya, dan penyokong harus merupakan orang yang bereputasi dan berkedudukan tetap dalam masyarakat Malaysia serta tidak bersaudara dengan pemohon. (Orang yang berkuasa seperti Yang Berhormat atau Ketua Rukun Tetangga atau Pengetua atau lain-lain.)

Penyokong Kedua

Saya di sini mengesahkan bahawa pesakit/pemohon adalah miskin dan tidak berkemampuan menjelaskan bayaran perubatan dengan sepenuhnya.

Nama: _____ No. KP _____

Alamat Rumah: _____

_____ No. Telefon: _____

Profesion/Pekerjaan: _____

Adakah anda bersaudara dengan pemohon? _____ Ya _____ Tidak

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

DISAKSIKAN OLEH: Nama: _____ No. KP _____

Alamat: _____

_____ No. Telefon: _____

Profesion/Pekerjaan: _____

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

Sambung muka surat yang seterusnya:

43H

Borang permohonan amal (sambung... - ms 5)

Rekomen Doktor

Nama pesakit: _____ No. Hospital: _____

Nama doktor yang merawat: _____ No.

Telefon: _____

Alamat klinik/hospital: _____

Diagnosis terakhir: _____

Adakah anda mencadangkan pesakit menjalani pembedahan? _____ Ya _____ Tidak

Jika ya, cadangkan tarikh pembedahan: _____ Tandatangan

doktor yang merawat: _____ Tarikh: _____ Cap rasmi:

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

DATA RAWATAN DI HOSPITAL

Pesakit dimasukkan ke dalam: Wad _____ No. Bilik: _____ No. Katil: _____

Kos rawatan anggaran/sebenar: RM _____

Jumlah amal yang dipohon: RM _____

Jumlah amal yang diberikan: RM _____ No Rujukan: _____

Penilaian/taksiran yang dilaporkan oleh pegawai kebajikan sosial: _____

Tandatangan penaksir: _____ Tarikh: _____

Hospital Adventist Pulau Pinang

465 Jalan Burma, 10350 Pulau Pinang, Malaysia. No. telefon (604) 226 1133 No. Faks (604) 226 3366