



**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 yang terdekat**.

**KRITERIA KELAYAKAN**

- Tiada had umur;
- Orang Sarawak (Kad Pengenalan status "K") dan menetap di Sarawak;
- Bukan penjawat awam, pesara awam dan pencharum PERKESO;
- 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*).

**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	
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>		

Sila nyatakan jenis bantuan rawatan penyakit buah pinggang 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.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Nota: Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi.

## C. AKUAN 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 dengan serta merta.

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

**D. PENGESAHAN MAJIKAN/ KETUA MASYARAKAT KETUA KAUM (KMKK)/ 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 PEGAWAI PERUBATAN KERAJAAN**

Dengan ini saya mengesahkan bahawa pemohon tersebut di atas adalah pesakit buah pinggang peringkat akhir dan memerlukan rawatan\_\_\_\_\_

Tandatangan	:		Cop Rasmi
Nama Penuh	:		
No. Kad Pengenalan	:		
Tarikh	:		

**MAKLUMAN**

Semua maklumat yang dilaporkan dalam permohonan Bantuan Khas Pesakit Buah Pinggang adalah menjadi Hak Milik Kerajaan Sarawak dan boleh digunakan untuk tujuan rasmi.

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

**RUANGAN INI SENGAJA DIBIARKAN KOSONG**

**F. KEGUNAAN PEJABAT KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN**

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

LAYAK	
-------	--

TIDAK LAYAK	
-------------	--

(ii) **JENIS BANTUAN YANG DISYORKAN**

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

(iii) **PUSAT RAWATAN YANG DISYORKAN**

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

**G. KEGUNAAN IBU PEJABAT JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT SARAWAK**

**KELULUSAN BANTUAN**  
Sila tandakan ( ✓ )

KELULUSAN	TANDAKAN ( ✓ )	CATATAN
LULUS SEPERTI SYOR PKMB		
TIDAK LULUS		

Tandatangan : \_\_\_\_\_ Cop Rasmi Jabatan  
 Pegawai Melulus : \_\_\_\_\_  
 Jawatan/Gred : \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_