



BORANG PERMOHONAN KEBAJIKAN PESAKIT DALAM
病人 (住院) 申请援助福利表格
WELFARE INPATIENT'S APPLICATION FORM

Nama Pesakit / 病人姓名 / Patient's Name: _____

Permohonan Bantuan Kebajikan Untuk:

Rawatan Perubatan Rawatan Pembedahan Rawatan Hemodialisis

Borang permohonan ini hanya diberikan kepada pesakit yang benar-benar miskin dan tidak berkemampuan untuk membayar perbelanjaan perubatan mereka. Jawatankuasa Pemantauan & Kebajikan KLSCH akan mempertimbangkan permohonan yang berkenaan.

Syarat-syarat:

1. Warganegara Malaysia.
2. Pesakit yang menerima rawatan perubatan di Kek Lok Si Charitable Hospital (KLSCH).
3. Pesakit yang tinggal di bilik 4 katil sahaja.
4. Borang permohonan dan dokumen sokongan hendaklah dilengkapkan dan diserahkan sebelum rawatan kecuali kes kecemasan.
5. Sebarang maklumat yang tidak lengkap, kelewatan atau palsu akan menyebabkan permohonan ini ditarik balik.
6. Borang permohonan hendaklah diisi dan diserahkan sehari sebelum keluar dari hospital.
7. Pesakit dan ahli keluarga wajib untuk hadir temuduga.
8. Semua permohonan kes elektif hendaklah dikemukakan sebelum tarikh kemasukan hospital.
9. Bantuan Kebajikan hanya untuk permohonan tersebut sahaja
10. Bantuan Kebajikan yang diluluskan hanya untuk kos rawatan sahaja; dan tidak termasuk kos rawatan susulan/konsultasi.
11. Semua maklumat dan dokumen yang diserahkan adalah dianggap Sulit & Persendirian.

申请福利援助项目:

医药治疗 手术治疗 洗肾治疗

此表格只供真正贫穷及无能力支付医药费之病人使用。极乐寺慈善医院监察及福利委员会将决定此申请。

申请条件是:

1. 病者是马来西亚公民。
2. 病者是在极乐寺慈善医院接受治疗。
3. 病者仅入住四(4)人房。
4. 申请表和相关的证明文件必须在治疗前完成提交除了紧急情况外。
5. 提交的任何延迟、不完整或虚假信息将导致此申请被拒绝。
6. 必须在出院前一天提交申请表。
7. 病者和家属必须出席面试。
8. 所有择期案例申请必须在入院前提交。
9. 福利援助只适用于特定的应用。
10. 福利援助仅限于支付医疗费用，不包括复诊治疗/咨询的费用。
11. 提交的所有资料 and 文件将被视为私人机密。

Application for Welfare Aid for:

Medical Treatment Surgical Treatment Haemodialysis Treatment

This application form is only issued to those who are genuinely poor and incapable of paying their medical expenses. The Governance & Welfare Committee of Kek Lok Si Charitable Hospital will review this application.

Terms and Conditions:

1. Patient is a Malaysian citizen.
2. Patient is receiving medical treatment at Kek Lok Si Charitable Hospital (KLSCH).
3. Patient is warded in 4 bedded room only.
4. Application form and relevant supporting documents must be completed and submitted before treatment; except for emergency cases.
5. Any delay, incomplete or false information submitted will lead to rejection of this application.
6. Application form must be completed and submitted one day before discharge.
7. It is compulsory for Patient and family members to be present for interview.
8. All application for elective cases must be submitted before admission date.
9. The welfare aid is extended to the particular application only.
10. The welfare aid approved is applicable for the cost of treatment only; and does not include the cost of follow-up treatment/consultation after discharged.
11. All information and documents submitted shall be treated Private & Confidential.

UNTUK KEGUNAAN KLSCH SAHAJA / 只供极乐寺慈善医院使用 / FOR KLSCH USE ONLY

Tarikh borang diberikan / 填表日期 / Date of form given

Tarikh borang diterima / 表格收到日期 / Date of form received

A. MAKLUMAT PESAKIT / 病人的资料 / PATIENT'S INFORMATION

Nama / 姓名 / Name:

Alamat / 地址 / Address:

No. KP. / 身份证号码 / NRIC No.:

No. Tel. / 电话号码 / Tel. No.:

Status Perkahwinan / 婚姻状况 / Marital Status:

 Bujang/单身/Single Berkahwin/已婚/Married Bercerai/离婚/Divorced Duda/Balu/丧偶/Widower/Widow**PEKERJAAN / 职业 / EMPLOYMENT** Sekarang / 现时 / Present Dahulu / 以前 / Previous

Nama Syarikat / 公司名称 / Company Name:

Alamat / 地址 / Address:

No. Tel. / 电话号码 / Tel. No.:

Jawatan / 职位 / Position:

Pendapatan Bulanan / 每月收入 / Monthly Income:

B. MAKLUMAT PEMOHON / 申请者资料 / APPLICANT'S INFORMATION

Nama / 姓名 / Name:

Hubungan / 关系 / Relationship:

No. KP. / 身份证号码 / NRIC. No.:

Umur / 年龄 / Age:

Jantina / 性别 / Sex:

No. Tel. Rumah / 住宅电话 / Residential Phone No.:

No Tel. Bimbit / 手机号码 / Mobile Phone No.:

Alamat / 地址 / Address:

Status Perkahwinan / 婚姻状况 / Marital Status:

 Bujang/单身/Single Berkahwin/已婚/Married Bercerai/离婚/Divorced Duda/Balu/丧偶/Widower/Widow**PEKERJAAN / 职业 / EMPLOYMENT** Sekarang / 现时 / Present Dahulu / 以前 / Previous

Nama Syarikat / 公司名称 / Company Name:

Alamat / 地址 / Address:

No Tel. Bimbit / 手机号码 / Mobile Phone No.

Jawatan / 职位 / Position:

Pendapatan Bulanan / 每月收入 / Monthly Income:

C. MAKLUMAT KELUARGA PESAKIT TERDEKAT / 家属资料 / PARTICULARS OF PATIENT'S IMMEDIATE FAMILY

| Nama 姓名 Name | Perhubungan 关系 Relationship | No. Tel 电话号码 Contact No. | Umur 年龄 Age | Pekerjaan 职业 Occupation | Syarikat 公司 Company | Pendapatan 收入 Income |
|--------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

D. PERBELANJAAN RUMAH / 家庭支出 / HOUSEHOLD EXPENDITURES**a. PENDAPATAN / 收入 / INCOME**

RM (a)

RM (b)

- Pendapatan Sendiri / 个人收入 / Personal Income
- Pendapatan Sampingan / 额外收入 / Side Income
- Perkeso/Pencen/JKM/Zakat / 退休金/社保 / SOCSO/Pension/JKM/Zakat
- Subsidi dari Organisasi Amal / 慈善组织补贴 / Charity Organisation Subsidy
- Lain-lain (Nyatakan) / 其他(请注明) / Others (please specify)

:

Jumlah Pendapatan / 总收入 / Total Income:**b. PERBELANJAAN / 支出 / EXPENDITURES**

- Sewa atau Ansuran Rumah / 房屋租金或分期付款 / House Rental or Installment
- Ansuran Kereta & Motor / 车分期付款 / Car & Motorbike Installment
- Bil Elektrik/Air/Tel bimbit / 水电费 / Electric/Water/HP Bills
- Insuran / 保险 / Insurance
- Pengangkutan / 交通 / Transportation
- Makanan / 伙食 / Food
- Perbelanjaan Persekolahan / 学费 / Schooling Expenses
- Lain-lain (Nyatakan) / 其他(请注明) / Others (Please specify)

:

Jumlah Perbelanjaan / 总支出 / Total Expenditure:**TOTAL (a - b)**

E. PERAKUAN PEMOHON / 申请者声明 / APPLICANT DECLARATION

Saya dengan ini mengakui bahawa semua maklumat di atas adalah benar mengikut pengetahuan saya dan saya tidak menyembunyikan sebarang fakta. Saya dengan ini memberi kebenaran dan kuasa kepada KLSCH untuk menyiasat akan keadaan dan latar belakang kewangan saya dari semua sumber yang dianggap perlu oleh pihak KLSCH. Saya faham bahawa sebarang maklumat palsu yang diberikan akan menyebabkan permohonan ditolak dan dalam kes sedemikian KLSCH berhak untuk meminta bayaran balik sepenuhnya untuk kos yang ditanggung.

本人保证以上的资料都是正确的, 并未隐瞒任何真相, 同时愿授权极乐寺慈善医院进行必要之调查。我了解如果有任何提供虚假信息资料将导致申请被拒绝; 在这种情况下, 极乐寺慈善医院有权利要求还款全额偿还费用。

I hereby declare that the above information is true to my knowledge and belief and I have not wilfully suppressed any material fact. I hereby consent and authorize KLSCH to investigate my circumstances and financial background from all sources the KLSCH deems necessary. I understand that any false information provided will result in the application being rejected; and in such case KLSCH reserves the right to ask for repayment in full for the cost incurred.

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| Tandatangan Pemohon 申请人签名 Applicant's Signature | Nama / 姓名 / Name | Tarikh / 日期 / Date |
|---|------------------|--------------------|

F. SYARAT REFERI / 介绍人条件 / REQUIREMENT OF A REFEREE**SYARAT REFERI**

- REFERI hendaklah memastikan bahawa pemohon adalah benar-benar miskin / fakir dan tidak berkemampuan untuk membayar perbelanjaan perubatan. Jika tidak, ini akan menjejaskan tujuan kebajikan.
- REFERI mestilah tidak mempunyai talian persaudaraan dengan pemohon.
- REFERI mestilah merupakan warganegara Malaysia yang berwibawa.
- Salinan kad pengenalan referi perlu dikemukakan bersama dengan borang permohonan.

介绍人条件

- 介绍人必须确定申请者为真正贫苦人士或无能力支付医药费用者, 否则将失去其意义。
- 介绍人不可与申请者有任何亲属关系。
- 介绍人必须是马来西亚信誉良好的良好公民。
- 介绍人必须提呈一份身份证复印本。

REQUIREMENT OF A REFEREE

- The REFEREE must ensure the applicant is genuinely poor or destitute and financially incapable of paying his/her medical expenses. Otherwise this will defeat the purpose of welfare.
- The REFEREE must not be related to the applicant.
- The REFEREE should be a reputable and good standing citizen of Malaysia.
- A photocopy of referee's identity card must be submitted with the application.

MAKLUMAT REFERI / 介绍人资料 / REFEREE'S DETAILS

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| Nama / 姓名 / Name: | Hubungan / 关系 / Relationship: |
| No. KP. / 身份证号码 / NRIC. No.: | No. Tel. / 电话号码 / Tel. No.: |
| Alamat / 地址 / Address: | |

Komen daripada Referi / 介绍人评语 / Referee's Comments:

PERAKUAN REFERI / 介绍人声明 / REFEREE DECLARATION

Saya menyatakan dan mengesahkan:

- Bahawa saya layak untuk bertindak sebagai referi.
- Bahawa saya memahami setiap poin di bahagian "Syarat Referi".
- Bahawa perincian saya sebagai referi yang diberikan dalam permohonan ini adalah betul.

本人声明并确认:

- 我有资格担任介绍人。
- 我了解介绍人必备的条件。
- 我本人以上的资料都是正确的。

I declare and confirm:

- That I am qualified to act as a referee.
- That I understand each of the points in the "Requirements of a referee" section.
- That my details as a referee given in this application are correct.

| | |
|--|----------------------|
| Tandatangan Referi 介绍人签名 Referee's Signature | Tarikh 日期 Date |
|--|----------------------|

| G. UNTUK KEGUNAAN KLSCH / 只供极乐寺慈善医院使用 / FOR KLSCH USE ONLY | |
|--|--|
| Permohonan / 申请编号 / Application No.: | No Pendaftaran / 注册号码 / Registration No.: |
| Tarikh Masuk / 入院日期 / Admission Date: _____ | Temu Ramah Oleh / 面试者 / Interview By: _____ |
| Tarikh Keluar / 出院日期 / Discharge Date: _____ | Tarikh Temu Ramah / 面试日期 / Interview Date: _____ |
| Diagnosis & Treatment / 诊断与治疗 / Diagnosis & Rawatan: | |
| Doktor yang merawat / 主治医生 / Doctor in-charge: | |
| Anggaran Yuran Doktor / 预估医生费用 / Estimated Doctor's Fees: RM _____ | |
| Jumlah Perubatan Bill / 出院总医疗费用 / Discharged Total Medical Bill: RM _____ | |
| Catatan / 备注 / Remarks: | |
| Kategori / 分类 / Category: <input type="checkbox"/> Rawatan Perubatan / 医药治疗 / Medical Treatment <input type="checkbox"/> Rawatan Pembedahan / 手术治疗 / Surgery Treatment <input type="checkbox"/> Rawatan Hemodialisis / 洗肾治疗 / Dialysis Treatment | |
| Mengesahkan oleh Pegawai Kebajikan 经福利官员核实 Verify by Welfare Officer | Tarikh 日期 Date |
| Keputusan Permohonan / 申请之决定 / Application Decision | |
| <input type="checkbox"/> Diluluskan / 已批准 / Approved <input type="checkbox"/> Tidak diterima / 拒绝 / Rejected <input type="checkbox"/> Dalam Pertimbangan / 考虑中 / Keep In view | |
| Disahkan oleh Penguasa Perubatan 院长 Approved by Medical Superintendent | Tarikh 日期 Date |

| H. SENARAI SEMAK / 检查清单 / CHECKLIST | | | | |
|-------------------------------------|--|-----|----|-----|
| No | Dokumen / 文件 / Documents | Yes | No | N/A |
| 1. | Borang Permohonan / 福利部申请表格 / Welfare Application Form | | | |
| 2. | Salinan Kad Pengenalan Pesakit & Pemohon / 患者和申请人身份证复印件 / Photocopy of Patient & Applicant Identification Card. | | | |
| 3. | Salinan Kad Pengenalan Ahli Keluarga Pesakit / 患者和家属身份证复印件 / Photocopy of Patient Family Members' Identification Card. | | | |
| 4. | Salinan Kad Pengenalan Referi / 介绍人身份证复印件 / Photocopy of referee's NRIC | | | |
| 5. | Surat daripada majikan mengesahkan gaji atau slip gaji pesakit & ahli keluarga pesakit / 患者和家属雇主书信、薪金单、薪金收入证明 / Letter from employer confirming salary or salary slip of Patient's and Patient's family members | | | |
| 6. | Penyata Dana Simpanan Majikan (KWSP dan EA) terkini Pesakit & Ahli Keluarga / 患者和家属最新公积金明细表 / Patient's and Patient's family members Latest Employer's Provident Fund (EPF & EA Form) Statement. | | | |
| 7. | Cukai Pendapatan / 税收报单 / Income Tax Declaration | | | |
| 8. | Sijil perubatan yang sah (pesakit & ahli keluarga yang tidak sesuai untuk bekerja secara sementara/kekal disebabkan keadaan perubatan) / 药物或医疗证明 (病人和家庭成员因健康状况而暂时或永久性失业) / Proof of medical certificates (patients & family members that temporary or permanent unemployment due to medical condition) | | | |
| 9. | Resit ansuran rumah/kereta / 房屋/汽车分期付款收据 / Receipt of house/car instalment. | | | |
| 10. | Pencen / 退休金 / Pension, JKM / 政府福利部 / Dept. of Social Welfare Malaysia, Pertubuhan Amal Awam lain atau Bantuan Kebajikan NGO / 其他慈善团体补助 / Other Public Charitable Organisation or NGO Welfare Aid | | | |
| 11. | Insuran / 保险 / Insurance | | | |
| 12. | Perbelanjaan Persekolahan / 学费 / Schooling Expenses | | | |
| 13. | Penyata bank atau buku bank terkini (pesakit & keluarga terdekat) / 最新的银行对账单或银行存折 (病人和直系亲属) / Latest bank statement or current bank book (patient & immediate family). | | | |
| 14. | Perbelanjaan (cth. Utiliti bil, pinjaman, resit, dll.) / 费用证明 (例如水电费, 贷款, 收据等) / proof of expenses (e.g. utility bills, loans, receipts, etc.) | | | |
| 15. | Sebarang surat sokongan yang lain dan boleh membantu permohonan anda. 其他相关辅助文件可以让极乐寺医院更了解家庭状况。 Any other supporting documents that are deemed necessary to assist with the application. | | | |