



**BORANG PERMOHONAN KEBAJIKAN PESAKIT LUAR/  
门诊福利申请表/WELFARE OUTPATIENT APPLICATION FORM**

- Rawatan Perubatan Pegawai Perubatan 普通科门诊 Medical Officer Treatment  
 Perubatan Pakar 专科门诊 Specialist  
 Kes Kecemasan/紧急情况/Emergency

**Criteria :**

Pemohon mestilah:

- 1) Warganegara Malaysia.
- 2) Pesakit yang menerima rawatan perubatan di Kek Lok Si Charitable Hospital (KLSCH).

**申请者必须是:**

- 1) 马来西亚公民
- 2) 是在极乐寺慈善医院 (KLSCH) 接受治疗

**Applicant must be:**

- 1) A Malaysian Citizen.
- 2) Patient is receiving medical treatment at Kek Lok Si Charitable Hospital (KLSCH).

<b>A. MAKLUMAT PESAKIT / 病人的资料 / PATIENT'S INFORMATION</b>	
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: <input type="checkbox"/> Bujang/单身/Single <input type="checkbox"/> Berkahwin/已婚/Married <input type="checkbox"/> Bercerai/离婚/Divorced <input type="checkbox"/> Duda/Balu/丧偶/Widower/Widow	
<b>PEKERJAAN / 职业 / EMPLOYMENT</b> <input type="checkbox"/> Sekarang / 现时 / Present <input type="checkbox"/> 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>B. MAKLUMAT PEMOHON / 申请者的资料 / APPLICANT'S INFORMATION</b>	
Nama / 姓名 / Name:	No Tel. Bimbit / 手机号码 / Mobile Phone No:
No. KP. / 身份证号码 / NRIC. No:	Umur / 年龄 / Age:                      Jantina / 性别 / Sex:
Alamat / 地址 / Address:	
Hubungan dengan Pesakit / 和病人之關係/Relationship to Patient :	
Status Perkahwinan / 婚姻状况 / Marital Status: <input type="checkbox"/> Bujang/单身/Single <input type="checkbox"/> Berkahwin/已婚/Married <input type="checkbox"/> Bercerai/离婚/Divorced <input type="checkbox"/> Duda/Balu/丧偶/Widower/Widow	
<b>PEKERJAAN / 职业 / EMPLOYMENT</b> <input type="checkbox"/> Sekarang / 现时 / Present <input type="checkbox"/> 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:	

**C. DECLARATION AND SIGNATURE**

Saya mengaku bahawa maklumat yang saya berikan di atas adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan saya. 我声明，据我所知，我提供的上述信息是真实准确的。 I declare that the above-stated information provided by me are true and accurate to the best of my knowledge.

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. 我了解提供任何虚假信息将导致申请被拒绝; 在这种情况下, KLSCH 保留要求全额偿还所产生费用的权利。 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.

Nama/名字 /Name		Hubungan Pesakit病人關係 Patient Relationship	
Tandatangan/簽名 /Signature		No KP/身份證號碼/NRIC :	Tarikh/日期/Date :

**FOR WELFARE DEPARTMENT USE ONLY**

Application No	MRN No
Consultation Date:	Doctor in-charged:

Diagnosis
-----------

Total Charges In The Bill	RM _____
Amount That Patient Can Pay	RM _____
Amount That Insufficient	RM _____
Subsidy Amount Approved by Yayasan Kek Lok Si	RM _____

Interviewed By:	Interview Date :
-----------------	------------------

Remarks :
-----------

Approved by: (Any 1 of 3 to sign)
_____
Medical Superintendent
_____
Chief Executive Officer

Date Received :	Received By :
-----------------	---------------

Notes :
---------

**DOCUMENTS REQUIRED**

1. Salinan Kad Pengenalan Pesakit /Photocopy of Patient Identification Card/患者身份证复印件.
2. Salinan Kad Pengenalan Pemohon/Photocopy of Applicant Identification Card/申請人身份证复印件.

