

No. Rujukan Imej :

No. Rujukan Permohonan :



BAITULMAL

MAJLIS AGAMA ISLAM NEGERI SEMBILAN

Karung Berkunci No. 22 , Pos Malaysia ,
70990 Seremban , Negeri Sembilan Darul Khusus
No. Tel. : 06-7620642 / 43 / 45 No.Fax : 06-7620648
E-mail : baitulmal@mains.gov.my
Laman Web : www.mains.gov.my

BORANG PERMOHONAN BANTUAN PERUBATAN

PENYAKIT: _____

Keterangan untuk Pemohon :

- (a) Permohonan mestilah dibuat oleh **PESAKIT** dan jika anak yang sakit di bawah umur 18 tahun , hendaklah diisi atas nama **KETUA KELUARGA** .
- (b) Sila isi borang ini dengan **JELAS** dan **LENGKAP** menggunakan **HURUF BESAR** .
- (c) **Permohonan yang tidak jelas / tidak lengkap / mengandungi maklumat palsu akan DITOLAK** .
- (d) Sila sertakan dokumen - dokumen seperti berikut :
(**Semua salinan mestilah disahkan oleh Kakitangan Kerajaan Gred A / Ketua Kampung / Pengerusi Taman / Nazir Masjid / Imam Masjid**)

- Salinan Kad Pengenalan atau surat beranak pemohon dan tanggungan
- Salinan Slip Gaji / Pengesahan Pendapatan **TERKINI** pemohon dan pasangan
- Salinan Sijil Nikah / Surat Cerai / Sijil Kematian jika berkenaan
- Salinan Bil Air dan Elektrik tempat tinggal pemohon yang **TERKINI**
- Surat pengesahan doktor yang **TERKINI** berkenaan penyakit pemohon
- Salinan Buku Akaun Bank / Penyata Akaun Bank (milik pemohon)
- Sebutharga (jika berkenaan)

- (e) Pemohon mestilah bermastautin di Negeri Sembilan tidak kurang setahun .
- (f) Pendapatan kurang atau tidak sampai had mencukupi (Had Kifayah) .
- (g) Permohonan mestilah mendapat **pengesahan doktor yang merawat dan pegawai / jawatankuasa masjid tempat tinggal pemohon** .

(BORANG INI ADALAH PERCUMA)

(E) SENARAI ANAK DAN TANGGUNGAN PEMOHON (TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)

Nama Anak dan Tanggungan	No. K / P @ Surat Beranak	Umur (Tahun)	Nama Sekolah / Kolej / Universiti	Darjah / Tingkatan Tahun Dipohon	Sihat / Sakit / OKU

*** (ANAK - ANAK YANG MASIH DI BAWAH TANGGUNGAN PEMOHON TERMASUK YANG TIDAK BERSEKOLAH)

(F) SENARAI ANAK YANG TELAH BEKERJA DAN BERKAHWIN

Nama Anak	No. K / P @ Surat Beranak	Umur (Tahun)	Taraf Perkahwinan	Pekerjaan & Nama Majikan	Pendapatan (RM)

(G) BUTIR - BUTIR PESAKIT DAN PENYAKIT

a. Nama Pesakit : _____

b. Hubungan Dengan Pemohon : _____

c. Jenis Penyakit : _____

d. Tempoh Dihadapi : _____

e. Keperluan Rawatan : _____

Peralatan : _____

Pembedahan : _____

Dialisis : _____

f. Kos Rawatan : _____

g. **PENGESAHAN TERKINI DOKTOR YANG MERAWAT**

Tarikh

Cop Rasmi

Tandatangan Doktor

(H) PENGAKUAN PEMOHON

Saya _____

mengaku dengan nama **ALLAH S.W.T.** bahawa semua keterangan yang telah diberikan di atas adalah benar dan **Baitul-Mal** berhak membatalkan dan menarik balik bantuan yang diberikan kepada saya sekiranya butiran yang diberikan adalah palsu .

Tarikh : _____

Tandatangan : _____

(I) PENGESAHAN JAWATANKUASA / PEGAWAI MASJID KARIAH PEMOHON

Saya _____

(NAMA AHLI JAWATANKUASA / PEGAWAI MASJID)

dengan nama **ALLAH S.W.T.** mengesahkan bahawa butir - butir yang telah diberikan oleh pemohon di atas adalah * **BENAR / TIDAK BENAR** mengikut pengetahuan saya dan saya mengesahkan bahawa permohonan ini * **LAYAK / TIDAK LAYAK** dipertimbangkan menerima bantuan zakat daripada **Baitul-Mal , Majlis Agama Islam Negeri Sembilan .**

Tarikh

Cop Rasmi

Tandatangan Pegawai /
Jawatankuasa Masjid

MAJLIS AGAMA ISLAM NEGERI SEMBILAN
(BORANG PENGESAHAN PEMASTAUTIN DI NEGERI SEMBILAN)
Pengesahan Oleh Jawatankuasa Masjid Kariah Tempat Tinggal Pemohon
(Pengerusi / Setiausaha / Bendahari / Imam)



Nama Masjid Kariah Tempat Tinggal Pemohon : _____

MAKLUMAT PEMOHON :

Nama : _____

Alamat Sekarang : _____

Alamat Sebelum Ini : _____

Saya tinggal di alamat sekarang sejak : _____ Bulan : _____ Tahun : _____

No. I/C : _____ No. Tel. : _____

Status Perkahwinan : (Bujang / Berkahwin / Janda / Duda) Pekerjaan : _____

Alamat Tempat Kerja : _____

Nama Pasangan : _____

No. I/C Pasangan: _____

MAKLUMAT ISI RUMAH / TANGGUNGAN / ADIK BERADIK / ANAK YANG TINGGAL BERSAMA

Bil	Nama	No. Kad Pengenalan / No. Surat Beranak	Umur (Tahun)	Majikan / Sekolah	Pendapatan (RM)
JUMLAH KESELURUHAN					

Saya bersumpah dengan nama ALLAH S.W.T. bahawa segala keterangan yang saya berikan adalah benar .

Tandatangan Pemohon

No. Kad Pengenalan

Tarikh

PENGESAHAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua keterangan yang dinyatakan di atas adalah benar .

No. Kad Pengenalan

Tandatangan Pengesah

Cop Rasmi Jawatan

Tarikh

**BORANG PENGESAHAN PENDAPATAN
(PEMOHON / PENJAGA / PASANGAN)**

Nama	
No Kad Pengenalan	

Kepada : Setiausaha

Majlis Agama Islam Negeri Sembilan

Menara MAINS,

Jalan Taman Bunga,

70100 Seremban.

PEMOHON / PENJAGA	PASANGAN
Nama : _____	Nama : _____
No K/P : _____	No K/P : _____
Pekerjaan : _____	Pekerjaan : _____
Pendapatan : RM _____ sebulan	Pendapatan : RM _____ sebulan
Dengan ini saya mengaku bahawa keterangan yang diberikan di atas adalah benar menurut Akta Akuan Berkanun 1960	Dengan ini saya mengaku bahawa keterangan yang diberikan di atas adalah benar menurut Akta Akuan Berkanun 1960
_____ (Tandatangani)	_____ (Tandatangani)

Pengesahan*

(Tandatangan , Nama serta cop jawatan)

***Pengesahan hanya boleh dibuat sama ada oleh Wakil Rakyat, Pegawai Kerajaan Kumpulan A, Pengamal Undang-Undang, Pesuruhjaya Sumpah, Jaksa Pendamai, Pengetua, Guru Besar Sekolah, Penghulu, Ketua Kampung, Nazir, Imam Masjid yang bertauliah.**