



KATEGORI ASNAF	
FAKIR	FISABILILLAH
MISKIN	IBNU SABIL
MUALLAF	RIQAB
GHARIMIN	

No Rujukan Permohonan : \_\_\_\_\_

No Rujukan Imej : \_\_\_\_\_

Menara MAINS Jalan Taman Bunga 70100 Seremban Negeri Sembilan

Tel: 06-7651402 . Faks: 06-7651407. <http://www.pbmains.gov.my>

## BORANG PERMOHONAN BANTUAN PERUBATAN

### 1. KETERANGAN UNTUK PEMOHON

- i. Permohonan mestilah dibuat atas nama **Pesakit KECUALI bagi pesakit yang berumur 18 tahun ke bawah diisi atas nama ketua keluarga**
- ii. Sila isi borang dengan **JELAS** dan **LENGKAP** menggunakan **HURUF BESAR**.
- iii. **Permohonan yang tidak jelas/ tidak lengkap/ mengandungi maklumat palsu akan DITOLAK.**
- iv. Pemohon mestilah bermastautin di Negeri Sembilan tidak kurang setahun.
- v. Pendapatan tidak melepasi had kifayah
- vi. Permohonan mestilah mendapat **pengesahan jawatankuasa masjid tempat tinggal pemohon.**

### 2. DOKUMEN LAMPIRAN

- Salinan Kad Pengenalan Pemohon
  - Salinan Kad Pengenalan suami/ isteri/ penjaga
  - Salinan Sijil Kelahiran/ Kad Pengenalan tanggungan pemohon
  - Salinan Sijil Nikah/ Surat Cerai/ Sijil Kematian jika ada
  - Salinan Bil Air dan Elektrik tempat tinggal pemohon yang **TERKINI**
  - Salinan Slip Gaji / Pengesahan Pendapatan pemohon dan pasangan
  - Surat Pengesahan doktor **yang TERKINI** berkenaan penyakit pemohon
  - Salinan Buku Akaun/ Penyata Akaun Bank ( milik pemohon )
  - Sebutharga (jika berkenaan)
  - Penyata KWSP
- (Semua Salinan mestilah disahkan oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid)

### SILA ( √ ) PADA YANG BERKENAAN

Jenis Bantuan :  Bantuan Haemodialisis  Bantuan Peralatan Kesihatan  Bantuan Perubatan Am

### 3. MAKLUMAT PESAKIT / KETUA KELUARGA (HANYA BAGI PESAKIT UMUR 18 TAHUN KEBAWAH)

No Kad Pengenalan / Polis / :

Tentera / No Passport :

Nama :

Alamat :

No. Akaun Bank :  Nama Akaun:

No Telefon (Bimbit) :  No Telefon (Rumah):

Tarikh Lahir :  . Umur :

Warganegara :  Malaysia  Jantina :  Lelaki  
 Lain-lain, Nyatakan: \_\_\_\_\_  Perempuan

Taraf Perkahwinan :  Bujang  Lain-lain  Kesihatan :  Sihat  
 Berkahwin  Nyatakan: \_\_\_\_\_  Sakit /OKU, Nyatakan: \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  No Tel Majikan:

Jenis Pekerjaan :  Kerajaan / Badan Berkanun  Swasta  Kerja Sendiri  Tidak Bekerja

Nama & Alamat Majikan :

#### 4. MAKLUMAT PASANGAN

No Kad Pengenalan / Polis / :

Tentera / No Passport

Nama :

No Telefon (Bimbit) :

Tarikh Lahir :  . Umur :

Warganegara :  Malaysia Kesihatan :  Sihat  
 Lain-lain, Nyatakan: \_\_\_\_\_  Sakit /OKU, Nyatakan: \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  Pendapatan :

#### 5. SENARAI ANAK DAN TANGGUNGAN PEMOHON (TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)

NAMA ANAK DAN TANGGUNGAN	NO K/P SURAT BERANAK	UMUR	NAMA SEKOLAH/ KOLEJ/UNIVERSITI	DARJAH / TINGKATAN TAHUN DIPOHON	TAHAP KESIHATAN

#### 6. SENARAI ANAK YANG BEKERJA

NAMA ANAK DAN TANGGUNGAN	NO K/P SURAT BERANAK	UMUR	TARAF PERKAHWINAN	PEKERJAAN	PENDAPATAN (RM)

#### 7. PENDAPATAN DAN PERBELANJAAN PEMOHON

BIL	SUMBER PENDAPATAN BULANAN	RM	BIL	PERBELANJAAN BULANAN	RM
1.	Gaji / Pencen		1.	Perbelanjaan Makan dan Minum	
2.	Gaji Pasangan		2.	Sewa / Ansuran Rumah	
3.	Pemberian Anak / Saudara		3.	Persekolahan Anak-anak	
4.	Bantuan Baitulmal		4.	Pengangkutan / Tambang Bas Sekolah	
5.	Bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat		5.	Kos Rawatan Kesihatan	
6.	Lain-lain Pendapatan (Sewaan/PERKESO,INSURANS,dll)		6.	Bil Elektrik	
				Bil Air	
				Bil ASTRO	
Jumlah Pendapatan (RM)			Jumlah Perbelanjaan (RM)		

## 8. BUTIR-BUTIR PESAKIT

Nama Pesakit : \_\_\_\_\_

Jenis Penyakit : \_\_\_\_\_

Tempoh Dihadapi : \_\_\_\_\_

Keperluan Rawatan :  Peralatan : \_\_\_\_\_

:  Pembedahan : \_\_\_\_\_

:  Dialisis : \_\_\_\_\_

:  Lain-lain : \_\_\_\_\_

*\*Sila tandakan (v) di ruangan petak yang disediakan dan nyatakan\**

Kos Rawatan : \_\_\_\_\_

Pengesahan Terkini Doktor Yang Merawat :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Cop Rasmi

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Doktor

## 9. PENGAKUAN PEMOHON

Saya \_\_\_\_\_ mengaku dengan nama ALLAH s.w.t bahawa segala keterangan yang diberikan adalah BENAR dan Baitul-Mal berhak menolak dan menarik semula bantuan yang diberikan kepada saya sekiranya keterangan yang diberikan adalah palsu.

Tarikh : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Cop / Cap Jari : \_\_\_\_\_

## 10. PENGESAHAN PERMOHONAN/ PEMASTAUTIN

Pengesahan ini boleh dilakukan oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid

Saya \_\_\_\_\_ dengan nama ALLAH s.w.t mengesahkan segala butiran yang ditunjukkan kepada saya adalah BENAR dan mengesahkan bahawa permohonan ini LAYAK / TIDAK LAYAK dipertimbangkan menerima bantuan zakat daripada Baitul-Mal, Perbadanan Baitulmal Negeri Sembilan (MAINS).

Tarikh : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Cop / Cap Jari : \_\_\_\_\_

## 11. BORANG PENGESAHAN PENDAPATAN (PEMOHON/PENJAGA/PASANGAN) -Bagi yang tiada slip gaji

PEMOHON / PENJAGA	PASANGAN
Nama : _____	Nama : _____
No Kad Pengenalan : _____	No Kad Pengenalan : _____
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
_____ (Tandatangan)	_____ (Tandatangan)

Pengesahan\*

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan , Nama serta cop jawatan)

\*Pengesahan hanya boleh dibuat sama ada oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid

## 12. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN jenis bantuan :

Kewangan

RM : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Peralatan

\_\_\_\_\_

Lain-lain

\_\_\_\_\_

Ulasan Pengawai Penyiasat :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pegawai Penyiasat

Tarikh : \_\_\_\_\_