

VERSI: 02 /2021



مجلس ائمة اسلام نڬري سڤيلان
MAJLIS AGAMA ISLAM NEGERI SEMBILAN

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: 06-7620642/43/45. FAKS: 06-7620648. <http://www.mains.gov.my>

BORANG PERMOHONAN BANTUAN AM 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. Permohonan mestilah mendapat **pengesahan Doktor yang merawat dan Jawatankuasa Masjid** atau **Pengerusi MPKK** 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
- Salinan Buku Akaun/ Penyata Akaun Bank (milik pemohon)
- Salinan Penyata KWSP
- Sebutharga (jika berkenaan)

(Semua Salinan mestilah disahkan oleh Imam Masjid/Pengerusi Masjid/ Pengerusi MPKK)

SILA (√) PADA YANG BERKENAAN

Jenis Bantuan : Bantuan Haemodialisis Bantuan Peralatan Kesihatan Bantuan Perubatan Am

Kariah Masjid

3. MAKLUMAT PEMOHON / KETUA KELUARGA DAN PASANGAN

BUTIRAN	PEMOHON/KETUA KELUARGA	PASANGAN
Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Warganegara		
Alamat Rumah		
Taraf Perkahwinan		
Kesihatan	<input type="checkbox"/> Sihat <input type="checkbox"/> Sakit /OKU, Nyatakan: _____	<input type="checkbox"/> Sihat <input type="checkbox"/> Sakit /OKU, Nyatakan: _____
No. Telefon (Bimbit & Rumah)		
Pekerjaan		
Pendapatan (RM)		
Jenis Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Kerajaan / Badan Berkanun <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Kerja Sendiri <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja	<input type="checkbox"/> Kerajaan / Badan Berkanun <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Kerja Sendiri <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
Nama dan Alamat Majikan		

**Semua elaun/bayaran tidak tetap seperti kerja lebih masa (OT), elaun kehadiran dan bonus tidak diambil kira sebagai pendapatan tetap.*

4. MAKLUMAT BANK PEMOHON

Nama Pemegang Akaun	
No. Akaun Bank	
Nama Bank	

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

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

6. SENARAI ANAK YANG BEKERJA

NAMA ANAK DAN TANGGUNGAN	NO KAD PENGENALAN/ 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/Takaful/ASB/Wang Simpanan Tabung Haji/DII)		6.	Bil Elektrik	
				Bil Air	
				Siaran Televisyen Berbayar (ASTRO, Netflix, DLL)	
Jumlah Pendapatan (RM)			Jumlah Perbelanjaan (RM)		

8. MAKLUMAT KADAR PENAMBAHAN

BIL	PERKARA	BILANGAN
1.	Kereta	<input type="checkbox"/> (1-5 Tahun) Kuantiti: _____ <input type="checkbox"/> (6-10 tahun) Kuantiti: _____
2.	Aksesori Emas	

9. 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

10. PENGAKUAN PEMOHON

Saya _____ mengaku dengan nama ALLAH S.W.T bahawa segala keterangan yang diberikan adalah BENAR dan pihak MAINS berhak menolak atau menarik semula bantuan yang diberikan kepada saya sekiranya keterangan yang diberikan adalah palsu.

Tarikh : _____

Tandatangan / Cop / Cap Jari : _____

11. PENGESAHAN PERMOHONAN/ PEMASTAUTIN

Pengesahan ini boleh dilakukan oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid / Pengerusi MPKK

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 MAINS.

Tarikh : _____

Tandatangan / Cop / Cap Jari : _____

12. 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 / Pengerusi MPKK