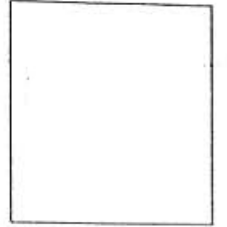


## BORANG INI DIEDAR DENGAN PERCUMA

THIS FORM IS TO BE DISTRIBUTED FREE

此表格乃免费发给

இந்த விண்ணப்ப படிவம் இலவசமாக வழங்கப்படுகிறது



Borang ini adalah untuk kami mendapatkan maklumat terperinci dalam menilai permohonan bantuan kewangan anda untuk rawatan perubatan penyakit dan ianya tidak mengikat pihak kami untuk menawarkan permohonan bantuan kewangan kepada anda.

“Pihak kami tidak akan menanggung sebarang liabiliti berhubung dengan atau akibat apa-apa perkara yang timbul daripada penilaian penerimaan atau penolakan permohonan anda. Kami akan menimbang permohonan ini secepat mungkin tetapi kami tidak bertanggungjawab ke atas sebarang kelewatan yang tidak disengajakan.”

*This form is designed to provide us with detailed information for any evaluation of your application for financial assistance for medical treatment of critical illnesses and does not constitute a binding obligation on our part to offer you the financial assistance.*

*There shall be no liability whatsoever in our part in relation to or arising from our evaluation, acceptance or rejection of your application herein. We shall process the application herein as soon as possible but we shall not be held liable in any way for any unintentional delay.*

此表格之目的乃提供本基金详细的资料，做为评估申请人所需要的危疾医疗费用之经济援助，它并不代表此基金给予经济援助的义务。

“對於评估、接纳或拒绝此项申请，我方有权做出最后决定。我方将尽快处理所有的申请表格。若有意想不到的延误，我方将无法负责。”

கடுமையான நோய்களுக்கான மருத்துவ சிகிச்சைக்காக நிதி உதவி பெறுவதற்காக நீங்கள் செய்யும் விண்ணப்பத்தை மதிப்பீடு செய்வதற்கு விரிவான விபரங்களை எங்களுக்கு வழங்கும் வகையில் இந்த விண்ணப்ப படிவம் வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளது.

மனுக்களை நாங்கள் முந்த அளவு விரைவாக பரிசீலனை செய்வோம். ஆனால், தவிர்க்க முடியாத எந்த வித காலதாமதத்திற்கும் நாங்கள் பொறுப்பேற்க மாட்டோம்.

உங்கள் மனு ஏற்றுக் கொள்ளப்படுவது அல்லது நிராகரிக்கப்படுவது தொடர்பில் எழக்கூடிய எந்தவித விவகாரத்திற்கும் நாங்கள் பொறுப்பேற்க மாட்டோம்.

### 1. BUTIR-BUTIR PERIBADI PEMOHON

PERSONAL PARTICULARS OF APPLICANT

申請人個人資料

மனுதாரரின் சொந்த விபரங்கள்:

Nama, Name. 姓名 பெயர்: \_\_\_\_\_

Tarikh Lahir, Birth date. 出生日期 பிறந்த தேதி: \_\_\_\_\_ Umur, Age. 年齡 வயது: \_\_\_\_\_

Jantina, Sex. 性別 பால்: \_\_\_\_\_ Bangsa, Race. 种族 இனம்: \_\_\_\_\_

Warganegara, Nationality. 国籍 பிரஜை: \_\_\_\_\_ Agama, Religion. 宗教 மதம்: \_\_\_\_\_

No K/P, I/C Number. 身份证号码 (旧) அடையாளக் கார்டு எண்: \_\_\_\_\_

No K/P baru, New I/C Number. 身份证号码 (新) புதிய அடையாளக் கார்டு எண்: \_\_\_\_\_

Alamat rumah, Residential address. 家庭住址 வீட்டு முகவரி: \_\_\_\_\_

Poskod, Postcode, 邮区号码 அஞ்சல் குறியீட்டு எண்: \_\_\_\_\_

No telefon, Phone No, 电话号码 தொலைபேசி எண்: \_\_\_\_\_

Alamat surat-menyurat, Correspondence address, 通讯地址 அஞ்சல் தொடர்பு முகவரி:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Poskod, Postcode, 邮区号码 அஞ்சல் குறியீட்டு எண்: \_\_\_\_\_

No telefon, Phone No, 电话号码 தொலைபேசி எண்: \_\_\_\_\_

## 2. BUTIR-BUTIR PERIBADI PESAKIT (DIISIKAN JIKA PEMOHON BUKAN PESAKIT)

*Personal particulars of patient (To be filled in if applicant is not the patient)*

病人个人资料 (若申请人并非病人)

நோயாளிகளின் சொந்த விபரம்:

Nama, Name, 姓名 பெயர்: \_\_\_\_\_

Tarikh Lahir, Birth date, 出生日期 பிறந்த தேதி: \_\_\_\_\_ Umur, Age, 年龄 வயது: \_\_\_\_\_

Jantina, Sex, 性别 ஆண்/பெண்: \_\_\_\_\_ Bangsa, Race, 种族 இனம்: \_\_\_\_\_

Warganegara, Nationality, 国籍 பிரஜை: \_\_\_\_\_ Agama, Religion, 宗教 மதம்: \_\_\_\_\_

No K/P, I/C Number, 身份证号码 (旧) அஞ்சல் குறியீட்டு எண்: \_\_\_\_\_

No K/P baru, New I/C Number, 身份证号码 (新) புதிய அடையாள கார்டு எண்: \_\_\_\_\_

Alamat rumah, Residential address, 家庭住址 வீட்டு முகவரி: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Poskod, Postcode, 邮区号码 அடையாளக் கார்டு எண்: \_\_\_\_\_

No telefon, Phone No, 电话号码 தொலைபேசி எண்: \_\_\_\_\_

Alamat surat-menyurat, Correspondence address, 通讯地址 அஞ்சல் தொடர்பு முகவரி:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Poskod, Postcode, 邮区号码 அடையாளக் கார்டு எண்: \_\_\_\_\_

No telefon, Phone No, 电话号码 தொலைபேசி எண்: \_\_\_\_\_

Penyakit yang dihadapi, Ailments suffered, 所患疾病 நோயின் பெயர்:-

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA PESAKIT\* (Sila nyatakan nama, umur, pekerjaan dan pendapatan untuk SEMUA ahli keluarga - ibubapa, adik-beradik & anak-anak)**

*Family details of patient \*(Please state name, age, occupation and income for ALL family members ie. parents, siblings & children)*

病人家属资料 (请注明所有家庭成员--父母、兄弟姐妹及子女等的姓名、年龄、职业及收入)

நோயாளியின் குடும்ப விபரம் உங்களின் எல்லா குடும்ப உறுப்பினரின் பெயர், வயது, உத்தியோகம் மற்றும் சம்பளத்தை தெரியப்படுத்தவும்.

<p><b>Nama</b> Name 姓名 பெயர்</p>	<p><b>Pertalian</b> Relationship 与病人的关系 உறவு</p>	<p><b>Umur</b> Age அகம் வயது</p>	<p><b>Pekerjaan</b> Occupation உத்தியோகம்</p>	<p><b>Pendapatan/Sebulan</b> Income/Mth இத பாத./ 每月收入 வாறுமாதம்</p>

**4. Aset yang dimiliki/bantuan kewangan yang boleh didapati daripada saudara-mara, rakan-rakan dan sumber lain.**

*Assets owned / Financial assistance available from relatives, friends and other funds.*

所有资产/由亲戚、朋友处及其他方所获得之经济援助

தற்போதைய உடமை - உற்றார், நண்பர்கள், மற்ற உறுப்பினரிடமிருந்து கிடைக்கக் கூடிய பண உதவி

---



---



---

**5. SILA BERI SEBAB-SEBAB LANJUT (SEKIRANYA ADA) UNTUK MENYOKONG PERMOHONAN ANDA.**

*Please give further reasons (if any) to support your application.*

请注明其他原因支持此项申请 (若有)

தங்களின் மனுவை உறுதிப்படுத்த வேறேதும் காரணம் (இருந்தால்)

---



---



---

**1. Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar dan betul.**

*I declare that all information given herein is true and correct.*

本人保证所提供之资料全部正确且属实

கொடுக்கப்பட்ட எல்லா விபரமும் சரியும் உண்மையுமாகும்.

**2. Saya mengaku bahawa saya tidak mempunyai sebarang harta, simpanan atau pendapatan selain daripada yang dinyatakan di atas. Saya tidak boleh mendapatkan sebarang bantuan kewangan dari mana-mana sumber.**

*I further declare that I have no property, savings or income other than that stated above. I am unable to obtain financial assistance from any other source.*

我进一步声明，除以上所诉本人并无任何产业、储蓄及收入。本人亦无法从其他方面取得经济援助。

மேலே குறிப்பிட்டுள்ளதைத் தவிர எனக்கு வேறு சொத்தோ சேமிப்போ அல்லது வருமானமோ இல்லை என்பதை நான் ஒப்புக் கொள்கிறேன். எனக்கு எந்த வகையிலும் நான் நிதி உதவி பெற விரும்பவில்லை.

**3. Saya memahami bahawa sebarang maklumat yang salah atau fakta-fakta yang dikehendaki yang tidak diberikan sepenuhnya akan menjadi sebab pembatalan atau pembayaran balik bantuan kewangan yang telah diluluskan termasuk segala kos untuk peguam dan pelanggan serta kadar faedah. Sekiranya ia diberikan.**

*I understand that a misrepresentation or omission of facts required will be sufficient cause for cancellation or reimbursement of the provision for relief including all costs on a solicitors and client basis and interest, if it is granted.*

本人清楚了解，若有任何不正确或不详尽的资料报导将足以促成所拨出的援助全被取消，  
又或偿还所拨给的援助金及手续上所导致的律师费用、顾客费用及利息。

தவறான தகவலை கொடுத்தாலோ அல்லது விபரங்கள் முழுமையாக இல்லாவிட்டாலோ, அங்கீகரிக்கப்பட்ட நிதி உதவி ரத்துச் செய்யப்படும் என்பதையும் வழக்கறிஞர் மற்றும் வாடிக்கையாளருக்கான கட்டணம், வட்டித் தொகை உட்பட அந்த உதவி நிதியை திரும்பச் செலுத்த வேண்டும் என்பதையும் நான் புரிந்துகொண்டேன்.

Tandatangan, Signature, 签名 கையொப்பம்: \_\_\_\_\_ Date, Tarikh, 日期 தேதி: \_\_\_\_\_

**PENGAKUAN PESAKIT, Declaration by Patient**

Saya, \_\_\_\_\_ (No K/P : \_\_\_\_\_) 1. memberi kuasa kepada \_\_\_\_\_ 2. dari \_\_\_\_\_ 3. untuk mendedahkan sebarang maklumat mengenai keadaan penyakit saya kepada mana-mana pihak berkuasa dari Tabung Bantuan Perubatan Kumpulan Lion.

I, \_\_\_\_\_ 1. (NRIC No : \_\_\_\_\_) 1. do hereby authorise \_\_\_\_\_ 2. from \_\_\_\_\_ 3. to reveal any information about my medical condition to any authorised person from the Lion Group Medic-Assist Fund.

本人 \_\_\_\_\_ (1) (身份证号码 : \_\_\_\_\_)

(1) 於此授權 \_\_\_\_\_ (2) 之 \_\_\_\_\_ (3) 提供一切

有關於本人病情的詳細資料給予全獅集團醫藥援助基金之負責人。

**நோயாளியின் வாக்குமூலம்:-**

நான் ..... (அ.கா.எண்:-) 1. எல்லா அதிகாரத்தையும் திரு ..... 2. வசிப்பு ..... 3. எல்லா உடல் நிலைப்பற்றிய விபரத்தை எந்த லயன் குரூப் மருத்துவ உதவி சேமிப்பு மேல் உத்தரவிற்கும் தருமாறு பணிக்கிறேன்.

Tandatangan, Signature, 签名 கையொப்பம்:- \_\_\_\_\_ Tarikh Date, 日期 தேதி:- \_\_\_\_\_

**Saksi-saksi, Witness, 証人 :சாட்சிகள்:-**

**1. Nama dan No K/P pesakit,**

Patient's name and NRIC No.

病人姓名及身份证号码

நோயாளியின் பெயர் மற்றும் NRIC எண்:-

**2. Nama doktor**

Doctor's name

医务人员姓名

மருத்துவரின் பெயர்:-

**3. Nama hospital / klinik**

Name of Hospital/clinic

医院/医疗所

மருத்துவமனை - தனியார் மருத்துவமனையின் பெயர்:-

**DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DILAMPIRKAN, DOCUMENTS TO BE ENCLOSED, தேவையான பத்திரங்கள்**

**1. Surat pengakuan daripada doktor hospital awam mengesahkan pesakit yang dihidapi oleh pesakit.**

*Letter from a doctor of a public hospital certifying the ailment suffered by the patient.*

由公共医院医务人员所证明之病人患病证书及详情。

நேராயை சாத்தியமாக்கும் பொது மருத்துவமனையின் மருத்துவர் கடிதம்.

**2. Salinan kad pengenalan atau surat beranak pemohon dan pesakit.**

*Photocopy of national registration card or Birth Certificate of applicant & patient.*

申請人及病人之身份證與/或報身紙副印本。

நேராயாளி மற்றும் மனு கேட்பவரின் அ.கா. அல்லது பிறந்த பத்திரத்தின் நகல்.

**3. Borang J atau penyata gaji pesakit / ibubapa / adik-beradik / anak-anak yang elah disahkan.**

*Certified copy of the patient's / parent's / siblings' / children's payslip or Borang J.*

病人本身/父母/兄弟姐妹/子女之收入证明或J表格，有关文件都必须获得有关方面

的证明方为有效。நேராயாளி - தாய் தந்தையர் - சகோதரர்கள், அல்லது பிள்ளைகளின் J - பத்திரம் அல்லது ஊதிய சிட்டை.

Contact Address:

Alamat surat-menyurat:

**LGMAF (Lion Group Medic-Assist Fund)**

Level 13, Office Tower

No.1 Jalan Nagasari (Off Jalan Raja Chulan)

50200 Kuala Lumpur