

BORANG INI DIEDAR PERCUMA. UNTUK WARGANEGARA MALAYSIA SAHAJA
THIS FORM IS TO BE DISTRIBUTED FREE. FOR MALAYSIANS ONLY

Borang ini bertujuan untuk mendapatkan maklumat terperinci bagi menilai permohonan bantuan kewangan untuk rawatan penyakit yang dihadapi dan tidak mengikat pihak kami untuk menawarkan bantuan kewangan.

Pihak kami tidak bertanggungjawab atas sebarang liabiliti berkaitan penilaian, penerimaan atau penolakan permohonan anda atau sebarang hal yang berkaitannya. Permohonan ini akan diproses secepat mungkin, tetapi kami tidak bertanggungjawab 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.

1. BUTIR-BUTIR PERIBADI PESAKIT PERSONAL PARTICULARS OF PATIENT

Nama Name :																								
No K/P I/C No :					-					-					Umur Age :			Jantina Sex :	☐ Lelaki Male		☐ Perempuan Female			
Tarikh lahir Birth date :			-			-			Taraf Perkahwinan Marital Status :															
Bangsa Race :											Agama Religion :													
Pekerjaan Occupation :																			Pendapatan Income :					
Alamat tempat tinggal Residential address :																								
										Poskod Postcode :						No telefon Tel no :				6 0 -				
Alamat surat-menyurat Correspondence address :																								
										Poskod Postcode :						E-mel Email :								
Penyakit yang memerlukan bantuan Assistance for ailment suffered :																								

Lain-lain penyakit yang dihadapi Other ailments suffered :

2. BUTIR-BUTIR PERIBADI PEMOHON (DIISIKAN JIKA PEMOHON BUKAN PESAKIT) PERSONAL PARTICULARS OF APPLICANT (TO BE FILLED IN IF APPLICANT IS NOT THE PATIENT)

Nama Name :																								
No K/P I/C No :					-					-					Umur Age :			Jantina Sex :	☐ Lelaki Male		☐ Perempuan Female			
Tarikh lahir Birth date :			-			-			Taraf Perkahwinan Marital Status :															
Bangsa Race :											Agama Religion :													
Pekerjaan Occupation :																			Pendapatan Income :					
Alamat tempat tinggal Residential address :																								
										Poskod Postcode :						No telefon Tel no :				6 0 -				

Alamat surat-menyurat Correspondence address :

Poskod Postcode :

 E-mel Email : _____

3.SILA ISI LAMPIRAN I (BUTIRAN KEWANGAN PEMOHON / PESAKIT DAN ISI RUMAH) SERTA LAMPIRAN II (BUTIRAN PEMOHON / PESAKIT DAN AHLI KELUARGA) PLEASE FILL IN ATTACHMENT I (APPLICANT / PATIENT AND HOUSEHOLD FINANCIAL DETAILS) AND ATTACHMENT II (DETAILS OF APPLICANT / PATIENT AND FAMILY MEMBERS)

DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DILAMPIRKAN DOCUMENTS TO BE ENCLOSED

- 1.Surat pengakuan daripada doktor hospital yang mengesahkan penyakit yang dihadapi oleh pesakit. Letter from doctor of hospital certifying the ailment suffered by the patient.
- 2.Salinan kad pengenalan atau surat beranak pemohon, pesakit dan ahli keluarga. Photocopy of national registration card or birth certificate of applicant, patient & family members.
- 3.Borang J atau penyata gaji pesakit / ibubapa / adik-beradik / anak-anak yang telah disahkan. Certified copy of the patient's / parents' / siblings' / children's payslip or Borang J.
- 4.Bil utiliti. Utilities bills.
- 5.Sebut harga untuk peralatan perubatan, ubat-ubatan dan lain-lain. Quotation for medical equipment, medication etc.

PENGAKUAN PESAKIT DECLARATION BY PATIENT

1. Saya I ,

 No K/P I/C No :

 - (a) memberi kuasa kepada do hereby authorise
 - (b) dari from
 - (c) untuk mendedahkan sebarang maklumat mengenai keadaan penyakit saya kepada mana-mana pihak berkuasa daripada Yayasan Lion-Parkson to reveal any information about my medical condition to any authorised person from Lion-Parkson Foundation.
2. Saya telah bersetuju dan dengan ini membenarkan pengumpulan dan pemprosesan maklumat peribadi / data peribadi saya oleh Lion-Parkson Foundation. Untuk mengelakkan keraguan, Data Peribadi merangkumi semua data yang ditakrifkan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 termasuk semua data yang telah didedahkan kepada Lion-Parkson Foundation di dalam Borang ini.
I confirm that the information I have provided is accurate and correct. I have agreed and hereby consent to the collection and processing of my personal information/personal data by Lion-Parkson Foundation. For the avoidance of doubt, Personal Data includes all data defined within the Personal Data Protection Act 2010 including all data that is disclosed to Lion-Parkson Foundation in this Form.
3. Saya mengaku bahawa saya tidak mempunyai sebarang harta, simpanan atau pendapatan selain daripada yang dinyatakan di dalam permohonan ini.
I further declare that I have no property, savings or income other than that stated in the application.
4. Saya memahami bahawa sebarang maklumat yang tidak benar atau menyembunyikan fakta-fakta yang dikehendaki akan menjadi sebab untuk pembatalan atau pembayaran balik bantuan kewangan termasuk segala kos untuk peguam dan klien termasuk kadar faedah, sekiranya bantuan kewangan telah diluluskan.
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.

Tandatangan Signature : _____ Tarikh Date :

SILA KEMBALIKAN BORANG YANG LENGKAP DIISI SERTA DOKUMEN YANG DIPERLUKAN KEPADA:
PLEASE RETURN COMPLETED FORM TOGETHER WITH SUPPORTING DOCUMENTS TO:

Lion-Parkson Foundation
Level 13, Lion Office Tower
No. 1 Jalan Nagasari
50200 Kuala Lumpur

BAHAGIAN 1 : AGIHAN PENDAPATAN BULANAN PESAKIT / KELUARGA SECTION 1 : DISTRIBUTION OF PATIENT/FAMILY'S MONTHLY INCOME**Sumber Pendapatan Bulanan****Monthly Income Source**

Pekerjaan / Pencen / Bantuan yang Diterima	Occupation / Pension / Aid Received	RM					
Perniagaan / Sewa Harta / Lain-lain	Business / Rental of Property / Others	RM					
Sumbangan Ahli Keluarga	Contribution from Family Members	RM					
JUMLAH KESELURUHAN	TOTAL AMOUNT	RM					

Perbelanjaan Bulanan**Monthly Expenses**

Makanan (isi rumah)	Food/Meals (household)	RM					
Ansuran Sewa / Sewa Beli Rumah	House Rental / Mortgage	RM					
Bil Elektrik / Air / Telefon	Electricity / Water / Telephone Bills	RM					
Persekolahan (tambang / makan minum dll)	School Expenses (fare/meals etc)	RM					
Potongan Pendapatan (KWSP / SOCSO / Tabung Haji / Koperasi / Lain-lain)	Income Deductions (KWSP / SOCSO / Tabung Haji / Cooperative / Others)	RM					
Kos Pengangkutan	Transportation Cost	RM					
Ansuran Kenderaan	Vehicle Instalment	RM					
Makan Minum di Tempat Kerja	Meals at Workplace	RM					
Pengasuh / Pembantu	Maid / Helper	RM					
Lain-lain (Lampin, Susu Pesakit, Tiub Makanan, Pelapik Kasa dan lain-lain)	Others (Patient's Diaper, Formula Milk, Feeding Tube, Gauze etc)	RM					
JUMLAH KESELURUHAN	TOTAL AMOUNT	RM					
BAKI	BALANCE	RM					

BAHAGIAN 2 : KEDIAMAN DAN KEPERLUAN ASAS SECTION 2 : HOME AND BASIC NEEDS

Jenis Kediaman
Type of House

☐ Flat / Apartmen
Flat / Apartment

☐ Rumah Teres Setingkat
Terrace House - Single Storey

☐ Rumah Teres 2 Tingkat
Terrace House - Double Storey

☐ Rumah Sesebuah
Detached House

☐ Rumah Panjang
Longhouse

☐ Kondominium
Condominium

☐ Lain-lain _____

Hak Milik
Ownership

☐ Sendiri
Own

☐ Sewa
Rented

☐ Saudara Mara
Relative

Bilangan Bilik Tidur
No of Bedroom

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Kenderaan Yang Dimiliki
Vehicle Owned

☐ Van
Van

☐ Kereta
Car

☐ Motosikal
Motorcycle

☐ Basikal
Bicycle

BAHAGIAN 3 : BANTUAN KEWANGAN SECTION 3 : FINANCIAL AID

Tujuan :
Purpose

☐ Pembedahan
Surgery

☐ Peralatan Perubatan
Medical Equipment

☐ Ubat-ubatan
Medication

a. Jumlah Kos :
Total Cost

RM

b. Jumlah Yang Mampu Dibayar Oleh Pesakit :
Amount Affordable / Payable by Patient

RM

c. Jumlah Bantuan Kewangan Yang Dipohon :
Amount of Financial Assistance Required

RM

Sila beri maklumat lanjut (sekiranya ada) _____

untuk menyokong permohonan anda : _____

Please give further reasons (if any) _____

to support your application _____

BAHAGIAN 3 : BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA (SILA NYATAKAN NAMA, UMUR, PEKERJAAN DAN PENDAPATAN UNTUK SEMUA AHLI KELUARGA - IBUBAPA, ADIK-BERADIK & ANAK-ANAK)
SECTION 3 : DETAILS OF FAMILY MEMBERS (PLEASE STATE NAME, AGE, OCCUPATION AND INCOME FOR ALL FAMILY MEMBERS I.E. PARENTS, SIBLINGS & CHILDREN)

BIL No	Nama Name	Umur / Jantina Age / Sex	Hubungan Relationship	Pekerjaan Occupation	Pendapatan Income	Taraf Perkahwinan Marital Status	Kesihatan Health Condition

Kedudukan Hubungan Kekeluargaan Pesakit dan Ahli Keluarga Lain :
Patient's Relationship With Other Family Members :

☐ Baik
Good

☐ Kurang Baik
Not Good