

**BORANG PERMOHONAN SKIM RAWATAN JANTUNG NEGERI SELANGOR**

Selcare Management Sdn. Bhd.
No 1-02 & 1-03, level 1, Plaza Azalea,
Jalan Pembangunan 14/6, Seksyen 14, 40000 Shah Alam,
Selangor Darul Ehsan.
T: +603 5525 6600 F: +603 5525 6900

MAKLUMAN

- Hanya Pemohon berpendapatan isi rumah RM 8 ribu ke bawah, layak memohon skim ini.
- Borang permohonan yang lengkap hendaklah dihantar ke pejabat Selcare Management Sdn Bhd.
- Pihak Selcare Management Sdn Bhd akan menghubungi pemohon yang berjaya melalui surat / email / panggilan telefon.

Maklumat Peribadi Pemohon

Nama:		No. KP		Umur:		Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Wanita	
Alamat 1							
Alamat 2							
Poskod				Bandar			
Negeri Kelahiran				Tempoh menetap di Selangor* (tahun)			
Taraf Perkahwinan		<input type="checkbox"/> Bujang	<input type="checkbox"/> Berkahwin	<input type="checkbox"/> Ibu / Bapa Tunggal		<input type="checkbox"/> Duda / Janda	
Bangsa		<input type="checkbox"/> Melayu	<input type="checkbox"/> Cina	<input type="checkbox"/> India	<input type="checkbox"/> Lain – lain (nyatakan)		
Warganegara		<input type="checkbox"/> Malaysia		<input type="checkbox"/> Lain - lain			
No. Telefon rumah		No. Telefon bimbit		Emel			

Maklumat Peribadi Pasangan

Nama:		No. KP		Umur:		Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Wanita	
Bangsa		<input type="checkbox"/> Melayu	<input type="checkbox"/> Cina	<input type="checkbox"/> India	<input type="checkbox"/> Lain – lain (nyatakan)		
Warganegara		<input type="checkbox"/> Malaysia		<input type="checkbox"/> Lain - lain			
No. Telefon rumah		No. Telefon bimbit		Emel			

Maklumat Pendapatan Pemohon

Jenis pekerjaan		<input type="checkbox"/> Sektor Kerajaan	<input type="checkbox"/> Sektor Swasta	<input type="checkbox"/> Bekerja Sendiri	<input type="checkbox"/> Pesara	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja	
Nama Majikan					No. Telefon Majikan		
Jumlah Pendapatan sebulan (RM)							
Adakah anda mempunyai kemudahan insuran kesihatan?		<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, sila nyatakan			

Maklumat Pendapatan Pasangan

Jenis pekerjaan		<input type="checkbox"/> Sektor Kerajaan	<input type="checkbox"/> Sektor Swasta	<input type="checkbox"/> Bekerja Sendiri	<input type="checkbox"/> Pesara	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja	
Nama Majikan					No. Telefon Majikan		
Jumlah Pendapatan sebulan (RM)							
Adakah anda mempunyai kemudahan insuran kesihatan?		<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, sila nyatakan			

Maklumat Peribadi Pesakit

Nama:		No. KP		Umur:		Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Wanita	
Bangsa		<input type="checkbox"/> Melayu	<input type="checkbox"/> Cina	<input type="checkbox"/> India	<input type="checkbox"/> Lain – lain (nyatakan)		
Warganegara		<input type="checkbox"/> Malaysia		<input type="checkbox"/> Lain - lain			
Hubungan dengan Pemohon		<input type="checkbox"/> Pasangan		<input type="checkbox"/> Anak			
No. Telefon rumah		No. Telefon bimbit		Emel			

Maklumat Tambahan

1. Adakah anda mempunyai insuran kesihatan (cth: insuran peribadi, insuran syarikat)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Jika ya, sila nyatakan jenis insuran / perlindungan Jenis insuran : Jumlah perlindungan :				
Jika ya, sila nyatakan jenis insuran / perlindungan Jenis insuran : Jumlah perlindungan :				
2. Adakah anda telah menerima bantuan dari agensi lain (cth: zakat, jabatan kebajikan masyarakat)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Jika ya, sila nyatakan Jenis bantuan : Jumlah bantuan :				
Jika ya, sila nyatakan Jenis bantuan : Jumlah bantuan :				

Perakuan Pemohon**NOTA PRIVASI & PEMBERITAHUAN**

Sila ambil perhatian bahawa Akta Perlindungan Data Peribadi, 2010 memberi anda hak tertentu ke atas penggunaan data peribadi anda oleh pihak kami. Selcare Management Sdn. Bhd. memberi keutamaan dalam hal melindungi data peribadi anda dan memastikan ianya terpelihara dengan mengambil langkah tertentu seperti yang termaktub di dalam akta tersebut. Maklumat lanjut berkenaan kenapa, apa dan bagaimana pengumpulan maklumat dan penggunaannya dijelaskan didalam pernyataan privasi kami. Dengan mengemukakan dan menyediakan maklumat anda kepada kami didalam borang pendaftaran ini, anda membenarkan penggunaan maklumat peribadi yang dikumpulkan untuk memberikan perkhidmatan kami, mengikut cara dan tujuan yang dinyatakan dalam nota privasi kami. Sila rujuk kepada nota privasi kami di laman web Pedulisihat.com untuk maklumat lanjut. **Skim ini merupakan bantuan tambahan kepada bantuan sedia ada yang telah diperolehi oleh pemohon.**

Saya mengaku bahawa segala maklumat di atas adalah **BENAR**. Sekiranya didapati **TIDAK BENAR**, pihak Selcare Management Sdn Bhd berhak menarik balik bantuan yang telah diluluskan.

Tandatangan Pemohon:

.....

Tarikh:

Senarai Semak Dokumen

Borang Permohonan	<input type="checkbox"/>	
Salinan My Kad	<input type="checkbox"/>	Pemohon <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Pesakit <input type="checkbox"/>
Salinan Slip Gaji / penyata KWSP / Penyata akaun Bank / Pengesahan pendapatan	<input type="checkbox"/>	Pemohon <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/>
Pengesahan taraf permastautin	<input type="checkbox"/>	Pemohon <input type="checkbox"/>
Salinan laporan kesihatan / Surat rujukan klinik	<input type="checkbox"/>	
Dokumen pengesahan bantuan yang telah diperolehi dari agensi lain	<input type="checkbox"/>	

Pengesahan Maklumat - untuk diisi oleh Pejabat Ahli Dewan Undangan Negeri atau Pejabat Penyelaras Ahli Dewan Undangan Negeri

Pemohon telah menetap di negeri Selangor melebihi 10 tahun

Disahkan: Tidak disahkan:

Nama	<input type="text"/>
No K/P	<input type="text"/>
Jawatan	<input type="text"/>
Tarikh	<input type="text"/>

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT EXCOKelulusan: Lulus Tidak Lulus

Amaun diluluskan: RM.....

Tandatangan & Cop rasmi

Tarikh:

Ulasan: