

**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: <input type="checkbox"/> Tidak disahkan: <input type="checkbox"/> | Nama | <input type="text"/> |
| | No K/P | <input type="text"/> |
| | Jawatan | <input type="text"/> |
| | Tarikh | <input type="text"/> |

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT EXCO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Kelulusan: <input type="checkbox"/> Lulus <input type="checkbox"/> Tidak Lulus Amaun diluluskan: RM..... Ulasan: | Tandatangan & Cop rasmi Tarikh: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|