



MAJLIS AGAMA ISLAM NEGERI SEMBILAN
ARAS 14 MENARA MAINS, JALAN TAMAN BUNGA, 70100 SEREMBAN NEGERI SEMBILAN
TEL : 06-762 0642 / 762 0643 / 762 0645 FAX : 06-762 0648
EMAIL : info@mains.gov.my Web: www.mains.gov.my

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

KATEGORI PEMOHON	
FAKIR	MUALLAF
MISKIN	ANAK YATIM

NO RUJUKAN PERMOHONAN: _____

BORANG PERMOHONAN KEMASUKAN DARUL ASNAF

KETERANGAN UNTUK PEMOHON	DOKUMEN LAMPIRAN
1. Permohonan mestilah dibuat atas nama PELAJAR	☐ Salinan Kad Pengenalan Pemohon
2. Sila isi borang dengan JELAS dan LENGKAP menggunakan HURUF BESAR .	☐ Salinan Kad Pengenalan ibu & bapa/penjaga
3. Permohonan yang tidak jelas / tidak lengkap / mengandungi maklumat palsu akan DITOLAK.	☐ Salinan Sijil Nikah/Surat Cerai/Sijil Kematian
4. Pemohon mestilah bermastautin di Negeri Sembilan tidak kurang setahun.	☐ Salinan Bil Air dan Elektrik tempat tinggal pemohon yang terkini
5. Pendapatan isi rumah tidak melepasi had kifayah.	☐ Salinan Slip Gaji/Pengesahan Pendapatan ibu & bapa/penjaga
6. Permohonan mestilah mendapat pengesahan daripada Pegawai Agihan Cawangan/Daerah	☐ Surat Hak Jagaan (Sekiranya Bercerai)
	☐ Keputusan Peperiksaan Terkini
	SEMUA SALINAN MESTILAH DISAHKAN OLEH Pengerusi MPKK/Pengerusi Masjid/Imam Masjid

MAKLUMAT PERIBADI PEMOHON
Nama Penuh
No. K/P
Tarikh Lahir
Tempat Lahir
Jantina : Lelaki / Perempuan
Alamat Tempat Tinggal

MAKLUMAT AKADEMIK PEMOHON												
Nama Sekolah Asal												
Keputusan Peperiksaan												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PEPERIKSAAN</th><th>TAHUN</th><th>KEPUTUSAN</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	PEPERIKSAAN	TAHUN	KEPUTUSAN									
PEPERIKSAAN	TAHUN	KEPUTUSAN										
Sila lampirkan salinan keputusan peperiksaan yang disahkan oleh pihak sekolah												

MAKLUMAT KOKURIKULUM/PENGLIBATAN PEMOHON

AKTIVITI/KELAB/PERSATUAN/SUKAN	JAWATAN/PENCAPAIAN	PERINGKAT	TAHUN

MAKLUMAT BAPA PEMOHON

Nama Penuh

[illegible]

No. K/P

						00			00					
--	--	--	--	--	--	----	--	--	----	--	--	--	--	--

Warganegara

MALAYSIA / BUKAN WARGANEGARA, Nyatakan: _____

Alamat Tempat Tinggal

[illegible]

Pekerjaan

[illegible]

Jenis Pekerjaan

☐ Kerajaan/Badan Berkanun ☐ Swasta ☐ Kerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja

Nama Majikan

[illegible]

Alamat Majikan

[illegible]

Jumlah Pendapatan Sebulan

R	M					.		
---	---	--	--	--	--	---	--	--

No. Telefon (Aktif)					

[illegible]

Hubungan Dengan Pemohon

[illegible]

- Sekiranya bercerai, sila lampirkan Surat Hak Jagaan Pemohon
- Sekiranya meninggal dunia, sila lampirkan Sijil Kematian

MAKLUMAT IBU PEMOHON

Nama Penuh

[illegible]

No. K/P

						-			-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Warganegara

MALAYSIA / BUKAN WARGANEGARA, Nyatakan :

Alamat Tempat Tinggal

[illegible]

Pekerjaan				

[illegible]

Jenis Pekerjaan

☐ Kerajaan/Badan Berkanun ☐ Swasta ☐ Kerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja

Nama Majikan

Alamat Majikan

Jumlah Pendapatan Sebulan

R M .

No. Telefon (Aktif)

Hubungan Dengan Pemohon

- Sekiranya bercerai, sila lampirkan Surat Hak Jagaan Pemohon
- Sekiranya meninggal dunia, sila lampirkan Sijil Kematian

MAKLUMAT PENJAGA PEMOHON																													
Nama Penuh																													
No. K/P																													
					-			-																					
Warganegara																													
MALAYSIA / BUKAN WARGANEGARA, Nyatakan : _____																													
Alamat Tempat Tinggal																													
Pekerjaan																													
Jenis Pekerjaan																													
☐ Kerajaan/Badan Berkanun ☐ Swasta ☐ Kerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja																													
Nama Majikan																													
Alamat Majikan																													
Jumlah Pendapatan Sebulan																													
R	M					.																							
No. Telefon (Aktif)																													
Hubungan Dengan Pemohon																													

• Sekiranya bercerai, sila lampirkan Surat Hak Jagaan Pemohon
 • Sekiranya meninggal dunia, sila lampirkan Sijil Kematian

SENARAI ANAK DAN TANGGUNGAN BAPA/IBU/PENJAGA (TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)

NAMA ANAK/TANGGUNGAN	NO K/P	UMUR	NAMA SEKOLAH/KOLEJ/UNIVERSITI	DARJAH/TINGKATAN	TAHAP KESIHATAN

SENARAI ANAK YANG BEKERJA

NAMA ANAK/TANGGUNGAN	NO K/P	UMUR	TARAF PERKAHWINAN	PEKERJAAN	PENDAPATAN (RM)

PENDAPATAN ISI RUMAH DAN PERBELANJAAN

BIL	SUMBER PENDAPATAN	RM	BIL	PERBELANJAAN	RM
1	Gaji Bapa/Pencen		1	Perbelanjaan Makan Minum	
2	Gaji Pasangan		2	Sewa Rumah	
3	Pemberian Anak		3	Persekolahan Anak-anak	
4	Bantuan Baitulmal		4	Ansuran Kereta/Motor	
5	Bantuan JKM		5	Bil Elektrik	
6	Lain-lain Pendapatan		6	Bil Air	
			7	Bil Astro	
			8	Lain-lain Perbelanjaan	
JUMLAH PENDAPATAN (RM)			JUMLAH PERBELANJAAN (RM)		

PENGAKUAN PEMOHON

Saya _____ mengaku dengan nama Allah s.w.t bahawa segala keterangan yang diberikan adalah BENAR dan pihak MAINS berhak menolak permohonan atau menarik semula tajaan yang diberikan sekiranya keterangan yang diberikan adalah tidak benar.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

PENGESAHAN PERMOHONAN / PEMASTAUTIN

Pengesahan ini boleh dilakukan oleh Imam Masjid / Setiausaha Masjid

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 untuk kemasukan ke Darul Asnaf tajaan MAINS.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

AKUAN KESIHATAN PELAJAR

Pengakuan ini dibuat oleh Bapa / Ibu / Penjaga

Nama Bapa / Ibu / Penjaga :

.....
.....

No. Kad Pengenalan :

Hubungan (Jika Penjaga) :

Alamat Tempat tinggal :

.....
.....

No. Telefon :

Nama Pelajar :

.....
.....

No. Kad Pengenalan Pelajar :

Saya seperti nama di atas dengan ini mengesahkan bahawa anak / jagaan saya ini TIDAK PERNAH / PERNAH menghidap jenis-jenis penyakit seperti di bawah. Dengan ini saya mengaku bahawa segala keterangan di bawah adalah benar dan akan menanggung segala akibat / tindakan undang-undang sekiranya membuat akuan palsu dan permohonan saya akan terbatal.

SILA TANDAKAN (/) PADA PETAK YANG BERKENAAN :

BIL	JENIS-JENIS PENYAKIT	TIDAK PERNAH PENGIDAP PENYAKIT BERIKUT	PERNAH PENGIDAP PENYAKIT BERIKUT
1	Lemah Jantung		
2	Jantung Berlubang		
3	Darah Tinggi		
4	Kencing Manis		
5	Alahan (Allergy) nyatakan :		
6	Migraine		
7	Lelah (Asthma)		
8	Pekak		
9	Pitam		
10	Sawan (Epilepsy)		
11	Rabun (yang serius)		
12	Rabun Warna		
13	Lain-lain (Nyatakan) :		

(Penting : PIHAK PENTADBIRAN TIDAK BOLEH DIPERTANGGUNGJAWABKAN ATAS SEBARANG PERKARA BERLAKU DARIPADA MAKLUMAT KESIHATAN PERLAJAR YANG TIDAK BENAR)

Tandatangan :

Tarikh :

AKUAN PENDAPATAN

* Perlu diisi sekiranya tiada Slip Gaji

MAKLUMAT BAPA / PENJAGA

NAMA :

NO K/P:

ALAMAT :
.....
.....

WARGANEGARA :

PEKERJAAN :

MAJIKAN :
.....

PENDAPATAN :

MAKLUMAT IBU

NAMA :

NO K/P:

ALAMAT :
.....
.....

WARGANEGARA :

PEKERJAAN :

MAJIKAN :
.....
.....

PENDAPATAN :

JUMLAH PENDAPATAN

.....

.....
(TANDATANGAN BAPA/IBU/PENJAGA)

NAMA :

NO K/P :

PENGESAHAN (MESTILAH DIBUAT OLEH PEGAWAI / JAWATANKUASA MASJID SAHAJA)

Dengan ini disahkan bahawa pengakuan di atas adalah benar dan dibuat di hadapan saya.

Tarikh :

Tandatangan & Cop Rasmi :