

VERSI: 03



مجلس ائمة اسلام نڬري سمبيلان
MAJLIS AGAMA ISLAM NEGERI SEMBILAN

KATEGORI ASNAF		
FAKIR		FISABILILLAH
MISKIN		IBNU SABIL
MUALLAF		RIQAB
GHARIMIN		

No Rujukan Permohonan : _____

No Rujukan Imej : _____

MENARA MAINS JALAN TAMAN BUNGA 70100 SEREMBAN NEGERI SEMBILAN
TEL: 06-7651402/7622445 FAKS: 06-7620648. <http://www.mains.gov.my> E-mail : info@mains.gov.my

BORANG PERMOHONAN BANTUAN AM PERUBATAN

1. KETERANGAN UNTUK PEMOHON

- Permohonan mestilah dibuat atas nama **Pesakit KECUALI** bagi pesakit yang berumur 18 tahun ke bawah / yang tidak boleh mengurus diri boleh diisi atas nama ketua keluarga / penjaga.
- Sila isi borang dengan **JELAS** dan **LENGKAP** menggunakan **HURUF BESAR**.
- Permohonan yang tidak jelas/ tidak lengkap/ mengandungi maklumat palsu akan **DITOLAK**.
- Pemohon mestilah bermastautin di Negeri Sembilan melebihi enam (6) bulan.
- Permohonan mestilah mendapat **pengesahan Doktor yang merawat** di ruang yang disediakan / lampiran dan **pengesahan oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid / Pengerusi Jawatankuasa Komuniti tempat tinggal** pemohon di ruang yang disediakan.

2. DOKUMEN LAMPIRAN

- ☐ Salinan Kad Pengenalan Pemohon
- ☐ Salinan Kad Pengenalan suami/ isteri/ penjaga
- ☐ Salinan Sijil Kelahiran/ Kad Pengenalan tanggungan pemohon
- ☐ Salinan Sijil Nikah/ Surat Cerai/ Sijil Kematian (jika berkaitan)
- ☐ Salinan Bil Air / Elektrik tempat tinggal pemohon yang **terkini**
- ☐ Salinan Slip Gaji / Pengesahan Pendapatan pemohon dan Pasangan
- ☐ Salinan Slip Akaun/ Penyata Akaun Bank (milik pemohon)
- ☐ Salinan Penyata KWSP (jika berkenaan)
- ☐ Sebutharga (jika berkenaan)

(Semua Salinan mestilah disahkan oleh Imam Masjid/Pengerusi Masjid/ Pengerusi Jawatankuasa Komuniti)

SILA (✓) PADA YANG BERKENAAN

Jenis Bantuan : ☐ Bantuan Haemodialisis ☐ Bantuan Peralatan Kesihatan ☐ Bantuan Perubatan Am

Kariah Masjid

3. MAKLUMAT PEMOHON / KETUA KELUARGA DAN PASANGAN

BUTIRAN	PEMOHON/KETUA KELUARGA	PASANGAN
Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Warganegara		
Alamat Rumah		
Taraf Perkahwinan		
Kesihatan	☐ Sihat ☐ Sakit /OKU, Nyatakan: _____	☐ Sihat ☐ Sakit /OKU, Nyatakan: _____
No. Telefon (Bimbit & Rumah)		
Pekerjaan		
Pendapatan (RM)		
Jenis Pekerjaan	☐ Kerajaan / Badan Berkanun ☐ Swasta ☐ Kerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja	☐ Kerajaan / Badan Berkanun ☐ Swasta ☐ Kerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja
Nama dan Alamat Majikan		

**Semua elaun/bayaran tidak tetap seperti kerja lebih masa (OT), elaun kehadiran dan bonus tidak diambil kira sebagai pendapatan tetap.*

SULIT

4. MAKLUMAT BANK PEMOHON

Nama Pemegang Akaun	
No. Akaun Bank & Nama Bank	

5. SENARAI ANAK DAN TANGGUNGAN PEMOHON (TERMASUK PENGAJIAN TINGGI)

NAMA ANAK DAN TANGGUNGAN	NO KAD PENGENALAN/ SURAT BERANAK	UMUR	NAMA SEKOLAH/ KOLEJ/UNIVERSITI	DARJAH / TINGKATAN TAHUN DIPOHON	TAHAP KESIHATAN

6. SENARAI ANAK YANG BEKERJA

NAMA ANAK DAN TANGGUNGAN	NO KAD PENGENALAN/ SURAT BERANAK	UMUR	TARAF PERKAHWINAN	PEKERJAAN	PENDAPATAN (RM)	TINGGAL BERSAMA (YA/TIDAK)

7. PENDAPATAN DAN PERBELANJAAN PEMOHON

BIL	SUMBER PENDAPATAN BULANAN	RM	BIL	PERBELANJAAN BULANAN	RM
1.	Gaji / Pencen		1.	Perbelanjaan Makan dan Minum	
2.	Gaji Pasangan		2.	Sewa / Ansuran Rumah	
3.	Pemberian Anak / Saudara		3.	Persekolahan Anak-anak	
4.	Bantuan Bulanan Fakir Miskin (MAINS)		4.	Pengangkutan / Tambang Bas Sekolah	
5.	Bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat		5.	Kos Rawatan Kesihatan	
6.	Lain-lain Pendapatan (Sewaan/Perkeso/Takaful/ASB/Wang Simpanan Tabung Haji/DII)			Bil Elektrik	
			6.	Bil Air	
				Siaran Televisyen Berbayar (ASTRO, Netflix, DLL)	
			7.	Lain-lain (Nyatakan)	
Jumlah Pendapatan (RM)			Jumlah Perbelanjaan (RM)		

8. MAKLUMAT KADAR PENAMBAHAN

BIL	PERKARA	BILANGAN
1.	Kereta	☐ (1-5 Tahun) Kuantiti: _____ ☐ (6-10 tahun) Kuantiti: _____
2.	Aksesori Emas	
3.	Telefon Pintar (Bilangan keseluruhan telefon isi rumah)	Bilangan :

9. BUTIR-BUTIR PESAKIT

Nama Pesakit : _____

Jenis Penyakit : _____

Tempoh Dihadapi : _____

Keperluan Rawatan : ☐ Peralatan : _____

: ☐ Pembedahan : _____

: ☐ Dialisis : _____

: ☐ Lain-lain : _____

Sila tandakan (v) di ruangan petak yang disediakan dan nyatakan

Kos Rawatan : _____

Pengesahan Terkini Doktor Yang Merawat :

Tarikh

Cop Rasmi

Tandatangan Doktor

SULIT

10. PENGAKUAN PEMOHON

Saya _____ mengaku dengan nama ALLAH S.W.T bahawa segala keterangan yang diberikan adalah BENAR dan pihak MAINS berhak menolak atau menarik semula bantuan yang diberikan kepada saya sekiranya keterangan yang diberikan adalah palsu.

**(Maklumat ini akan dikongsi kepada pihak ketiga / agensi lain yang berkaitan bagi tujuan pembayaran sumbangan / bantuan oleh pihak lain)*

Tarikh : _____

Tandatangan / Cop / Cap Jari : _____

11. PENGESAHAN PEMASTAUTIN / PENDAPATAN

**Pengesahan hanya boleh dibuat oleh Imam Masjid / Pengerusi Masjid / Pengerusi Jawatankuasa Komuniti*

Saya _____ dengan nama Allah S.W.T, sesungguhnya sepanjang pengetahuan saya, keterangan yang diberikan adalah BENAR dan saya sahkan pemohon seperti berikut :

Ruang ini perlu diisi oleh PEMOHON dan mengakui maklumat ini benar menurut Akta Akuan Berkanun 1960 : -

- (a) Tempoh mastautin:tahun
- (b) Pendapatan Pemohon : RM
- (c) Pendapatan Pasangan (jika ada): RM

Tarikh : _____

Tandatangan : _____

Nama :
Jawatan