

K001

(Lampirkan Di Hadapan Borang Permohonan)



SENARAI SEMAK

DOKUMEN SOKONGAN SKIM BANTUAN DIALISIS / PERALATAN KESIHATAN / PERUBATAN AM

Sila pastikan semua keperluan dan dokumen yang dikehendaki adalah lengkap seperti berikut:-

1. Satu keping gambar berwarna berukuran passport (menutup aurat bagi perempuan)
2. Satu salinan kad pengenalan pemohon.
3. Satu salinan kad pengenalan suami, isteri dan tanggungan / surat pengangkatan JPN / akuan sumpah penjagaan jika tanggungan bukan anak kandung (tidak termasuk yang telah berkahwin / bekerja)
4. Satu salinan penyata gaji / pencen / PERKESO / surat akuan sumpah pendapatan terkini suami dan isteri / surat pengesahan pendapatan suami dan isteri yang disahkan oleh ketua kampung (WP Labuan sahaja)
5. Satu salinan surat perakuan nikah / surat akuan sumpah untuk kes kehilangan bagi pemohon berumur 60 tahun ke atas.*
6. Satu salinan surat perakuan cerai / prosiding mahkamah terkini / pengesahan masalah keluarga dari Bahagian Perkahwinan dan Pembangunan Keluarga (BPPK) terkini.*
7. Satu salinan sijil kematian ibu / bapa / suami / isteri.*
8. Satu salinan kad memeluk Islam.*
9. Satu salinan kad orang kelainan upaya (OKU) pemohon / tanggungan.*
10. Satu salinan pengesahan pengajian / kad pelajar / surat tawaran belajar bagi pemohon / tanggungan yang sedang belajar di IPT.*
11. Satu salinan cukai pintu / bil utiliti.
12. Satu salinan surat pengesahan sakit kronik pemohon dan tanggungan dari pusat perubatan yang diiktiraf oleh kerajaan (rujuk lampiran Baitulmal)
(nyatakan tarikh, kos dan spesifikasi alat perubatan yang diperlukan)
13. Sebutharga **ASAL** dari pembekal untuk pembedahan dan suntikan ubat
(Sila lampirkan tiga (3) sebutharga bagi kos yang melebihi RM10,000.00)

* jika berkenaan

Disemak oleh:

Tarikh:



UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Pemohonan : Baru Ulangan

No. Rujukan :

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



BORANG PERMOHONAN SKIM BANTUAN AGIHAN ZAKAT MAIWP

JENIS BANTUAN : *(Satu Borang Untuk Satu Permohonan Sahaja)*

<input type="checkbox"/> Bantuan Sara Hidup <input type="checkbox"/> Bantuan Menyelesaikan Hutang <input type="checkbox"/> Bantuan Sewa Rumah Bulanan <input type="checkbox"/> Bantuan Deposit Sewa Rumah <input type="checkbox"/> Bantuan Membaiki/membina Rumah <input type="checkbox"/> Bantuan Deposit Beli Rumah Kos Rendah <input type="checkbox"/> Bantuan Dialisis <input type="checkbox"/> Bantuan Peralatan Kesihatan <input type="checkbox"/> Bantuan Perubatan Am	<input type="checkbox"/> Bantuan Orang Kelainan Upaya (OKU) <input type="checkbox"/> Bantuan Motorsikal OKU <input type="checkbox"/> Bantuan Pembelian Kenderaan Perniagaan Dan Perkhidmatan <input type="checkbox"/> Bantuan Perniagaan <input type="checkbox"/> Bantuan Pertanian/Perikanan/Penternakan <input type="checkbox"/> Bantuan Perkahwinan <input type="checkbox"/> Bantuan Guaman Syarie <input type="checkbox"/> Bantuan Kecemasan <input type="checkbox"/> Bantuan Musibah	<input type="checkbox"/> Bantuan Biasiswa Sekolah <input type="checkbox"/> Bantuan Tambang dan Keperluan Diri <input type="checkbox"/> Bantuan Persediaan Sekolah <input type="checkbox"/> Bantuan Am Persekolahan <input type="checkbox"/> Bantuan Persediaan IPT <input type="checkbox"/> Bantuan Am Pelajaran IPT <input type="checkbox"/> Bantuan Biasiswa Insentif Khas Pelajar Cemerlang <input type="checkbox"/> Bantuan Tuisyen <input type="checkbox"/> Bantuan Galakan Hafaz al-Quran <input type="checkbox"/> Bantuan Penyelesaian Pembiayaan Pendidikan
---	---	--

1. MAKLUMAT PEMOHON / KETUA KELUARGA *(Sila isi ruang yang telah disediakan dengan lengkap menggunakan HURUF BESAR)*

No. K/Pengenalan :

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

 -

--

 -

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

 No. Pasport / Tentera / Polis :

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

Nama :

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

Alamat :

Status Kediaman : Sendiri Sewa Tumpang Lain-Lain, Nyatakan :

Kadar sewa (Rumah):.....

No. Telefon (Rumah) :

--

 -

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

 No. Telefon (Bimbit) :

--

 -

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

Tarikh Lahir :

--

 -

--

 -

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

 Umur :

--

 Taraf Perkahwinan : Bujang Berkahwin Janda Duda

Tempat Lahir :

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

 Kewarganegaraan : Malaysia Lain-lain (negara) : _____

Keadaan Fizikal : Sihat Sakit OKU, Nyatakan : _____

2. MAKLUMAT PEKERJAAN PEMOHON / KETUA KELUARGA

Pekerjaan :

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

Jenis Pekerjaan : Kerajaan / Badan Berkanun Swasta Kerja Sendiri (nyatakan) _____ Tidak Bekerja

Nama & Alamat Majikan / Premis Perniagaan :

 No. Telefon Majikan :

--

 -

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

3. JENIS BANTUAN (Sila isi ruang Ini Bagi Permohonan Bantuan Am Persekolahan/institusi Pengajian Tinggi SAHAJA)

Nama Pelajar	:																																																			
No. K/Pengenalan	:					-			-																																											
Nama Sekolah / Institusi	:																																																			
Alamat Sekolah / Institusi	:																																																			
Nama Sekolah Rendah Agama	:																																																			
Peringkat Sekolah	:	<input type="checkbox"/> Rendah	<input type="checkbox"/> Menengah	<input type="checkbox"/> Kelas Khas	<input type="checkbox"/> Sekolah Rendah Agama	Darjah / Tingkatan	:																																													
Peringkat Pengajian	:	<input type="checkbox"/> Sijil	<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Ijazah	<input type="checkbox"/> Master / PHD	Bidang Pengajian	:																																													
Tempoh Pengajian	:	<input type="checkbox"/> Tahun	Tahun Pengajian (sekarang):	<input type="checkbox"/>	Program	:	<input type="checkbox"/> Sepenuh Masa	<input type="checkbox"/> Pendidikan Jarak Jauh/ Separuh Masa																																												
Bermula Dari	:					-			-					Hingga	:					-			-					Email	:																							

4. MAKLUMAT WARIS TERDEKAT YANG BOLEH DIHUBUNGI

Nama Waris	:																																
Hubungan Dengan Pemohon	:																No. Telefon	:															

5. PENGAKUAN PEMOHON / KETUA KELUARGA

Saya, (tulis nama) _____ No Kad Pengenalan _____ mengaku dengan nama ALLAH S.W.T bahawa saya telah bermastautin di Wilayah Persekutuan lebih dari **1 Tahun** dan semua keterangan yang telah diberikan adalah benar. Pihak Agihan Zakat berhak menolak permohonan saya ini sekiranya maklumat / keterangan yang diberikan adalah TIDAK BENAR. Bahagian Agihan Zakat telah mendapat kebenaran saya berkenaan data peribadi saya yang dikumpul, direkodkan, digunakan atau disimpan oleh Bahagian Agihan Zakat MAIWP untuk tujuan siasatan dan kelulusan selagi mana ianya tidak bercanggah dengan akta 709 yang dinyatakan.

Tarikh : - -

.....
(Tandatangan Pemohon)

Borang permohonan boleh didapati dengan melayari laman web : <http://www.maiwp.gov.my> **ATAU** boleh didapati di alamat berikut : **Majlis Agama Islam Wilayah Persekutuan Tingkat 17, Menara MAIWP, No. 55, Jalan Haji Hussein 2, 50300 Kuala Lumpur** atau di pusat agihan zakat (PAZA) yang berdekatan

*** HANYA BORANG / PERMOHONAN LENGKAP SAHAJA AKAN DIPROSES**



MAIWP

LAPORAN PERUBATAN PESAKIT UNTUK PERMOHONAN BAITULMAL MAIWP

BAHAGIAN A

Laporan perubatan ini disediakan oleh doktor yang merawat pesakit/ pusat perubatan yang mempunyai sejarah terkini berkenaan kesihatan pesakit untuk menentukan tahap kesihatan pesakit bagi pihak Baitulmal MAIWP. Perlu diisi dan disahkan oleh pegawai perubatan di BAHAGIAN A / BAHAGIAN B / KEDUA-DUANYA (sekiranya melibatkan keperluan di kedua-dua bahagian).

1.	NAMA PESAKIT																											
2.	NO. TELEFON																											
3.	ALAMAT TERKINI																											
4.	NO. KP 12 DIGIT / NO. SURAT BERANAK																											
5.	UMUR / JANTINA																											
6.	<p>PENYAKIT YANG DIHADAPI (ILLNESS) : _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">KATEGORI</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UBAT-UBATAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. NAMA UBAT: (SILA KEPILKAN SYOR JIKA MELABIHI SATU JENIS) 2. BERAT/MG UBAT: </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> TARIKH : _____ <small>DATE</small> </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">LAMPIN</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. SAIZ: 2. JENIS: PELEKAT (TAPE) / SELUAR (PANTS) </td> <td style="vertical-align: top;"> 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> TARIKH : _____ <small>DATE</small> </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">SUSU (JENIS/ JUMLAH PERBULAN DAN TEMPOH WAJIB DIISI)</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. JENIS/JENAMA: 2. BERAT/ ML/ GRAM: </td> <td style="vertical-align: top;"> 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> TARIKH : _____ <small>DATE</small> </td> </tr> </tbody> </table>		KATEGORI		UBAT-UBATAN		1. NAMA UBAT: (SILA KEPILKAN SYOR JIKA MELABIHI SATU JENIS) 2. BERAT/MG UBAT:	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL		TARIKH : _____ <small>DATE</small>		LAMPIN		1. SAIZ: 2. JENIS: PELEKAT (TAPE) / SELUAR (PANTS)	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL		TARIKH : _____ <small>DATE</small>		SUSU (JENIS/ JUMLAH PERBULAN DAN TEMPOH WAJIB DIISI)		1. JENIS/JENAMA: 2. BERAT/ ML/ GRAM:	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN): TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL		TARIKH : _____ <small>DATE</small>	
KATEGORI																												
UBAT-UBATAN																												
1. NAMA UBAT: (SILA KEPILKAN SYOR JIKA MELABIHI SATU JENIS) 2. BERAT/MG UBAT:	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN):																											
..... TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL																												
TARIKH : _____ <small>DATE</small>																												
LAMPIN																												
1. SAIZ: 2. JENIS: PELEKAT (TAPE) / SELUAR (PANTS)	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN):																											
..... TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL																												
TARIKH : _____ <small>DATE</small>																												
SUSU (JENIS/ JUMLAH PERBULAN DAN TEMPOH WAJIB DIISI)																												
1. JENIS/JENAMA: 2. BERAT/ ML/ GRAM:	3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN / SETAHUN):																											
..... TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL																												
TARIKH : _____ <small>DATE</small>																												



MAIWP

BAHAGIAN B

Laporan perubatan ini disediakan oleh doktor yang merawat pesakit/ pusat perubatan yang mempunyai sejarah terkini berkenaan kesihatan pesakit untuk menentukan tahap kesihatan pesakit bagi pihak Baitulmal MAIWP. Perlu diisi dan disahkan oleh pegawai perubatan di BAHAGIAN A / BAHAGIAN B / KEDUA-DUANYA (sekiranya melibatkan keperluan di kedua-dua bahagian).

PEMBEDAHAN / PERALATAN UNTUK PEMBEDAHAN	
1. TARIKH PEMBEDAHAN:	4. ADAKAH PEMBEDAHAN BOLEH DIANJAK DARI TARIKH YANG DICADANGKAN:
2. ANGGARAN KOS/ KOS SEBENAR RAWATAN:	5. KAEDAH RAWATAN YANG DICADANGKAN:
3. JENIS PEMBEDAHAN:	
TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL	
TARIKH : _____ DATE	
PERALATAN SELAIN PEMBEDAHAN	
1. KATEGORI PERALATAN KESIHATAN YANG DICADANGKAN:	2. MEDICAL GRED/ NON MEDICAL GRED (JIKA BERKAITAN):
CADANGAN:	3. STATUS PESAKIT : NORMAL/ SEPARA KRITIKAL/ KRITIKAL
_____	4. ANGGARAN KOS/ KOS SEBENAR PERALATAN:
_____	5. SEBUTHARGA DARI PEMBEKAL HOSPITAL DILAMPIRKAN (JIKA BERKAITAN): YA/ TIDAK

TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL	
TARIKH : _____ DATE	
7.	CERMIN MATA
BAHAGIAN INI HANYA PERLU DIISI BAGI PERMOHONAN YANG MELIBATKAN OFTALMOLOGI .	
MEDAN PENGLIHATAN (VISUAL FIELD) :	LAIN-LAIN ULASAN YANG BERKAITAN DENGAN MATA PESAKIT:
I. MATA KANAN (RIGHT EYE):	(I)
II. MATA KIRI (LEFT EYE):	(II)
TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL	
TARIKH : _____ DATE	
INFO TAMBAHAN (JIKA PERLU)	
1. KEPERLUAN PADA RAWATAN HEMODIALISIS (MOHON NYATAKAN/ LAMPIRKAN LAPORAN MASALAH BUAH PINGGANG YANG DIHADAPI)	
2. KETERANGAN LANJUT TENTANG PENYAKIT	
3. SILA NYATAKAN IMPLIKASI PENYAKIT TERSEBUT JIKA TIDAK DIRAWAT DENGAN SEGERA	
4. LAIN-LAIN PENYAKIT YANG DIHADAPI	
TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM & COP RASMI HOSPITAL	
TARIKH : _____ DATE	

**BORANG MAKLUMAT SEMUA ANAK & TANGGUNGAN PEMOHON BAGI PERMOHONAN SKIM BANTUAN BAHAGIAN
AGIHAN, MAIWP**

BILANGAN ANAK PEMOHON : _____ ORANG

BIL	NAMA & UMUR	HUBUNGAN & STATUS *Bujang/Kahwin Janda/Balu/Duda	TEMPAT TINGGAL (NYATAKAN NAMA DAERAH DAN NEGERI *potong yang tidak berkenaan	PERINGKAT PENGAJIAN/ JENIS PEKERJAAN SEKARANG & JUMLAH PENDAPATAN	STATUS KESIHATAN *Nyatakan jenis sakit kronik/OKU	JUMLAH ANAK	NO.TEL.
1	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
2	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
3	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
4	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
5	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
6	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
7	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			

Dengan nama Allah SWT, saya(tuliskan nama) No.K/P
mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar.

Tandatangan pemohon,

.....
Tarikh :

Catatan ;

Bagi permohonan Skim Bantuan Perkahwinan, sila nyatakan maklumat ibu dan bapa.

**BORANG MAKLUMAT SEMUA ANAK & TANGGUNGAN PEMOHON BAGI PERMOHONAN SKIM BANTUAN BAHAGIAN
AGIHAN, MAIWP**

BILANGAN ANAK PEMOHON : _____ ORANG

BIL	NAMA & UMUR	HUBUNGAN & STATUS *Bujang/Kahwin Janda/Balu/Duda	TEMPAT TINGGAL (NYATAKAN NAMA DAERAH DAN NEGERI *potong yang tidak berkenaan	PERINGKAT PENGAJIAN/ JENIS PEKERJAAN SEKARANG & JUMLAH PENDAPATAN	STATUS KESIHATAN *Nyatakan jenis sakit kronik/OKU	JUMLAH ANAK	NO.TEL.
8	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
9	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
10	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
11	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
12	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
13	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			
14	UMUR : () BULAN / TAHUN		Tinggal bersama / Tidak Tinggal bersama	RM:			

Dengan nama Allah SWT, saya(tuliskan nama) No.K/P
mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar.

Tandatangan pemohon,

.....
Tarikh :

Catatan ;
Bagi permohonan Skim Bantuan Perkahwinan, sila nyatakan maklumat ibu dan bapa.