

SENARAI SEMAKAN DOKUMEN YANG PERLU DISERAHKAN
申请所需提呈的文件

Name Pemohon

申请者姓名 : _____

No. Kad Pengenalan

身份证号码 : _____

- ☐ Borang A: Maklumat Pesakit
表格 A: 病患者资料
- ☐ Borang B: Laporan Pegawai Perubatan/Pakar
表格 B: 医疗报告
- ☐ Borang C: Surat Sokongan Pemimpin Bahagian MCA/Pusat
表格 C: 马华中央/区会领袖推荐信
- ☐ Salinan Kad Pengenalan/Surat Beranak Pemohon
身份证或出生纸（儿童）副本
- ☐ Slip Gaji/Penyata KWSP Terkini
最新的工资单或公积金报表
- ☐ Sebut-Harga Peralatan (Jika Berkenaan)
医疗器材估价单（如有）
- ☐ Dokumen-Dokumen Sokongan
其它相关文件

UNTUK KEGUNAAN 1MCA MEDICAL FOUNDATION SAHAJA
供一个马华医药基金用途

1MCA MEDICAL FOUNDATION
PERMOHONAN BANTUAN KEWANGAN
一个马华医药基金援助金申请表格

* Sila lengkapkan borang ini dengan huruf besar

* Potong yang tidak berkenaan

A. BUTIR-BUTIR PESAKIT WARGANEGARA MALAYSIA 大马籍病患者资料				
Nama Penuh : 姓名 (英)			Nama Cina: (中)	
Kad Pengenalan (Baru): 身份证号码 (新)			(Lama): (旧)	
Umur: 年龄	Jantina: 性别	Bangsa: 种族	Pekerjaan: 职业	
Status Perkhawinan: 婚姻状况		Bilangan Anak: 子女人数		Pendapatan Bulanan: 每月收入
Alamat: 地址				
			Poskod: 邮区编号	
Tel (R): 住家电话			H/P: 手提电话	
B. HUBUNGAN KECEMASAN 紧急联络 (SUAMI ISTERI/IBU BAPA/ANAK 夫妻/父母/子女)				
Nama: 姓名 (英)			Nama Cina: (中)	
Kad Pengenalan (Baru): 身份证号码 (新)			(Lama): (旧)	
Hubungan Dengan Pesakit: 与病患者的关系				
Alamat: 地址				
			Poskod: 邮区编号	
Tel (R): 住家电话			H/P: 手提电话	
C. KEDUDUKAN SOSIO EKONOMI 家庭经济状况				
Hubungan 关系	Nama 姓名	NRIC No. 身份证号码	Pekerjaan 职业	Pendapatan Bulanan 每月收入 (RM)
Suami/Isteri 夫/妻				
Bapa 父亲				
Ibu 母亲				
Anak 子女	1.			
	2.			
Kos Rawatan: RM 医疗费		Jumlah kos yang ditanggung oleh pemohon: RM 申请者所负担的费用		
D. PENGESAHAN PEMOHON 申请者声明				
Saya mengesahkan segala maklumat yang diberikan adalah benar. 我承认以上所提供的资料属实。				
..... Tandatangan Pemohon 申请者签名		 Nama Pemohon 申请者姓名		 Tarikh 日期

MEDICAL REPORT 医疗报告

Patient Name:
病患者姓名

Hospital Name:
医院名字

Specialist:
专科部

NRIC No.:
身份证号码

Hospital Ref. No.:
医院登记编号

A. **DIAGNOSIS** 诊断: _____

B. **HISTORY OF ILLNESS** 病史: _____

C. **TREATMENT** 治疗:

√	Treatment 治疗	Estimated Cost 预计数额 (RM)
☐	i. Medical Treatment 内科: _____ _____ Type of Medicine Required 所需的药物: _____ _____ _____	
☐	ii. Surgical Procedures 外科手术: _____ _____ <u>Implant 植入物</u> (Enclose with Quotation 附上报价单): ☐ Artificial Skull/ Skull Implants ☐ Intraocular Lens ☐ Cochlear Implants ☐ Shoulder Dislocation Repair Implants ☐ Other: _____ ☐ Stent ☐ Pacemaker ☐ Hip/ Knee Replacement Implants ☐ Spinal Implants <u>Injection 注射</u> (Enclose with Quotation 附上报价单): ☐ Intravitreal Injections (Retinal) ☐ Other: _____ ☐ Synvisc Injections Surgery Date 手术日期: _____	

☐	iii. Chemotherapy 化疗: (____cycles x RM_____ per cycle)
☐	iv. Radiotherapy 放射治疗: (____cycles x RM_____ per cycle)
☐	v. Bone Marrow Transplant 骨髓移植
☐	vi. Physiotherapy 物理治疗

D. MEDICAL DEVICES 医疗器材 (Enclose with Quotation 附上报价单)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Artificial Limbs | ☐ Catheter | ☐ CPAP Machine |
| ☐ Foot Orthotics | ☐ Stoma Bag | ☐ Oxygen Concentrator |
| ☐ Hearing Aid | ☐ Wheel Chair/ Walking Aid | |
| ☐ NG Feeding Tube | ☐ Hospital Bed/ Ripple Mattress | |
| ☐ Other: _____ | | |

Estimated Cost 预计数额: RM _____

E. PERIOD OF TREATMENT REQUIRED 所需治疗的时间:

_____Week 星期 _____Month 月 _____Year 年

F. PROGNOSIS 预测状况:

G. OTHER RELATED INFORMATION 其它相关资料:

For more information, contact us at

若有任何疑问, 请联络此号码

Prepared by Doctor In-Charged
医生签署

Verified by Head of Department
部门主管签署

.....
Name:

姓名

Date:

日期

Official Stamp:

印章

.....
Name:

姓名

Date:

日期

Official Stamp:

印章

SURAT SOKONGAN OLEH PEMIMPIN BAHAGIAN MCA / PUSAT
马华中央 / 区会领袖推荐信

A) SOKONG 支持 / TIDAK SOKONG 不支持

Tandatangan Pemimpin MCA :
马华领袖签名

Nama Penuh :
姓名

Jawatan Dalam Parti :
党职

Tarikh :
日期

B) Ulasan oleh Pemimpin Bahagian MCA / Pusat:
马华中央 / 区会领袖简述
