

**BORANG PERMOHONAN SKIM RAWATAN JANTUNG NEGERI SELANGOR (KATEGORI A)
SARINGAN/PRE-SCREENING**



SELCARE MANAGEMENT SDN BHD
No. 1-09 Plaza Azalea,
Jalan Pembangunan 14/6,
Seksyen 14, 40000 Shah Alam,
Selangor Darul Ehsan.



MAKLUMAN

- Hanya Pemohon berpendapatan isi rumah RM 8,000 ke bawah layak memohon dibawah kategori A
- Borang permohonan yang lengkap hendaklah dihantar ke pejabat Selcare Management Sdn Bhd atau melalui emel ke jantung@selcare.com
- Pihak Selcare Management Sdn Bhd akan menghubungi pemohon yang berjaya melalui surat / emel / panggilan telefon.
- Permohonan Skim Rawatan Jantung yang dihantar lengkap akan diproses dalam tempoh 7 hari bekerja.

Maklumat Peribadi Pesakit										
Nama				Umur:		Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Wanita				
No. KP										
Alamat 1										
Alamat 2										
Poskod			Bandar							
DUN										
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"/> Warganegara				<input type="checkbox"/> Bukan Warganegara				
No. Telefon rumah				No. Telefon bimbit						
Emel										
Maklumat Peribadi Waris/Pasangan/Penjaga										
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"/> Warganegara				<input type="checkbox"/> Bukan Warganegara				
No. Telefon rumah				No. Telefon bimbit						
Emel										
Hubungan dengan Pesakit										
Maklumat Pendapatan Pesakit										
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			

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 hubungi pusat khidmat pelanggan kami di 1-800-22-6600 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**. Jika maklumat yang diberikan didapati **TIDAK TEPAT/BERLAKU PEMALSUAN MAKLUMAT**, Kerajaan Negeri melalui pihak Selcare Management Sdn Bhd selaku pengendali program berhak menarik balik kelulusan bantuan.

Tandatangan Pemohon:

.....

Tarikh:

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: Tidak disahkan:

Nama

No K/P

Jawatan

Tarikh

SENARAI SEMAK DOKUMEN KATEGORI A (AHLI ILTIZAM SELANGOR SIHAT DAN M40)

Bil.	Borang Permohonan	Tanda (v)	Catatan
1.	Borang Permohonan Skim Rawatan Jantung*	<input type="checkbox"/>	
2.	Salinan Kad Pengenalan (Pesakit & Pasangan)*	<input type="checkbox"/>	
3.	Penyata Bank 3 bulan terkini (Pesakit dan Pasangan)*	<input type="checkbox"/>	
4.	Salinan Slip Gaji 3 bulan terkini / Pengesahan Pendapatan - Sekiranya tidak bekerja (Pesakit dan Pasangan)*	<input type="checkbox"/>	
5.	Surat Rujukan dari Klinik KKM/Rangkaian Klinik Selcare/Hospital Kerajaan*	<input type="checkbox"/>	
6.	Lain-lain dokumen berkaitan (Sekiranya diminta)	<input type="checkbox"/>	

NOTA :

- Senarai semak yang bertanda * adalah **wajib** disediakan.
- Sekiranya permohonan yang dikemukakan tidak lengkap atau tidak mematuhi Senarai Semak Dokumen, pihak Selcare berhak **menolak** atau **membatalkan permohonan**.
- Dokumen Sokongan hendaklah disahkan oleh **Pegawai Dimana Permohonan itu dihantar**.

Nota Tambahan:

Senarai Pegawai yang boleh membuat pengesahan: Pegawai Kerajaan Kumpulan A/ Pengetua/ Guru Besar/ Guru Penolong Kanan/ Ahli Parlimen/ ADUN/ Penghulu/ Ketua Kampung/ Pengerusi Jawatankuasa Kemajuan dan Keselamatan Kampung (JKKK) /Ketua Kaum/ Ketua Anak Negeri.