

**BORANG PERMOHONAN SKIM RAWATAN JANTUNG NEGERI SELANGOR (KATEGORI B) –
PROSEDUR/PEMBEDAHAN**



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

KATEGORI

B

MAKLUMAN

- Hanya Pemohon berpendapatan isi rumah RM 8,000 ke bawah layak memohon dibawah Kategori B.
- Borang permohonan yang lengkap hendaklah dihantar ke pejabat Selcare Management Sdn Bhd atau melalui emel ke gl@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 14 hari bekerja.

Maklumat Peribadi Pesakit

Nama				No. KP	Umur:	Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Wanita	
Alamat 1							
Alamat 2							
Poskod			Bandar				
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

Maklumat Pendapatan Waris/Pasangan/Penjaga

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

Maklumat Tambahan

1. Adakah anda mempunyai insuran kesihatan (cth: insuran peribadi, insuran syarikat)

Ya

Tidak

Jika ya, sila nyatakan jenis insuran / perlindungan

Jenis insuran :

Jumlah perlindungan :

Jika ya, sila nyatakan jenis insuran / perlindungan

Jenis insuran :

Jumlah perlindungan :

2. Adakah anda telah menerima bantuan dari agensi lain (cth: zakat, jabatan kebajikan masyarakat)

Ya

Tidak

Jika ya, sila nyatakan

Jenis bantuan :

Jumlah bantuan :

Jika ya, sila nyatakan

Jenis bantuan :

Jumlah bantuan :

Perakuan Pemohon

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**. Sekiranya didapati **TIDAK BENAR**, pihak Selcare Management Sdn Bhd berhak menarik balik bantuan yang telah diluluskan.

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

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT EXCO

Kelulusan: Lulus Tidak Lulus

Amaun diluluskan: RM..... atau%

Tandatangan & Cop rasmi

Tarikh:

Ulasan:

SENARAI SEMAK DOKUMEN KATEGORI B

Bil.	Borang Permohonan	Tanda (√)	Catatan
1.	Borang Permohonan Skim Rawatan Jantung*	<input type="checkbox"/>	
2.	Salinan Kad Pengenalan (Pasangan & Pesakit)*	<input type="checkbox"/>	
3.	Salinan Slip Gaji (Pasangan & Pesakit)- 3 Bulan Terkini*	<input type="checkbox"/>	
4.	Penyata Akaun Bank (Pasangan & Pesakit) – 3 Bulan Terkini*	<input type="checkbox"/>	
5.	Penyata KWSP (sekiranya ada)	<input type="checkbox"/>	
6.	Pengesahan Pendapatan (Pasangan & Pesakit) – Sekiranya tidak bekerja*	<input type="checkbox"/>	
7.	Pengesahan Taraf Bermastautin/SPR Semakan (Pasangan & Pesakit)*	<input type="checkbox"/>	
8.	Senarai Tanggungan berserta Salinan Kad Pengenalan/ MyKID/ Surat beranak*	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumen Pengesahan Bantuan yang diperolehi dari agensi lain (sekiranya ada)	<input type="checkbox"/>	
10.	Surat Rasmi Permohonan Bantuan*	<input type="checkbox"/>	
11.	Salinan Laporan Kesihatan / Laporan Saringan Pesakit*	<input type="checkbox"/>	
12.	Surat Rujukan dari Klinik dan Hospital Kerajaan*	<input type="checkbox"/>	
13.	Salinan Surat Anggaran Kos Prosedur/Pembedahan (<i>Costing Letter</i>) dari Hospital*	<input type="checkbox"/>	
14.	Surat Jaminan/ <i>Guarantee Letter (GL)</i> dari pihak syarikat (yang mengandungi maklumat perlindungan polisi pesakit) (sekiranya ada)	<input type="checkbox"/>	
15.	Pengesahan Insuran / <i>Insurance Declaration</i> (sekiranya ada)	<input type="checkbox"/>	
16.	Laporan Sejarah Penyakit sekiranya menghadapi penyakit berisiko tinggi (sekiranya ada)	<input type="checkbox"/>	
17.	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 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.