



**PERBADANAN ISLAM JOHOR  
(Bahagian Pembangunan Insan)**

Aras 6, Bangunan PERISIND,  
No. 8, Jalan Bukit Timbalan,  
80000, Johor Bahru, Johor.  
Tel : 07-2276223 / 6197  
Faks : 07-2272991



**PERCUMA**

**PERMOHONAN BANTUAN RAWATAN DIALISIS BAGI TAHUN \_\_\_\_\_**

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_  
No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

**MAKLUMAT PENTING PERMOHONAN**

1. Borang Bantuan ini diedarkan secara '**PERCUMA**'. PIJ tidak akan mengenakan sebarang bayaran atau kos yang terlibat semasa proses permohonan bantuan.
2. Pemohon mestilah mendapatkan borang asal yang mempunyai cop rasmi PIJ di pejabat PIJ atau borang tertera cetakan komputer di laman web PIJ [www.pij.gov.my](http://www.pij.gov.my). Sebarang salinan terhadap borang asal yang tidak diiktiraf PIJ, permohonan tidak akan dipertimbangkan dan seterusnya ditolak.

**ARAHAN**

1. Sila baca syarat kelayakan dan peraturan memohon seperti di muka surat akhir sebelum mengisi borang ini.
2. Borang permohonan hendaklah diisi dengan lengkap menggunakan huruf besar.
3. Lampirkan salinan dokumen-dokumen yang telah disahkan benar seperti berikut:
  - a) Salinan Kad Pengenalan dan Surat Beranak Pemohon yang telah disahkan.
  - b) Salinan Laporan Perubatan dari Hospital yang telah disahkan.
  - c) Slip Gaji / Surat Pengesahan Pendapatan yang telah disahkan.
  - d) Lain-lain dokumen berkaitan (jika ada).
4. Borang yang telah lengkap diisi segala butirannya beserta dokumen-dokumen yang telah disahkan hendaklah dihantar ke alamat tertera di atas **sebelum atau pada** \_\_\_\_\_.

2. \* Potong mana yang tidak berkenaan,

**A. BUTIR-BUTIR PERIBADI PESAKIT**

1. Nama : \_\_\_\_\_

2. Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. No. Tel : \_\_\_\_\_ 4. Jantina : \* L / P

5. No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

6. Warganegara : \_\_\_\_\_ 7. Keturunan : \_\_\_\_\_

8. Tarikh Lahir : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9. Tempat Lahir : Daerah \_\_\_\_\_ Negeri \_\_\_\_\_

10. Tempoh menetap di Negeri Johor: \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan

Mulai \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sehingga \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

11. Taraf Perkahwinan : \* Bujang / Berkahwin

12. Pekerjaan : \_\_\_\_\_

13. Alamat Majikan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. No. Telefon Majikan : \_\_\_\_\_

15. Gaji Kasar RM \_\_\_\_\_ Gaji Bersih RM \_\_\_\_\_

\* **Surat / slip pendapatan sebulan yang telah disahkan disertakan.**

**B. BUTIR-BUTIR RAWATAN PERUBATAN PESAKIT**

1. Jenis Penyakit : \_\_\_\_\_  
Yang Dihadapi \_\_\_\_\_

2. Nama Tempat : \_\_\_\_\_  
Rawatan (Hospital) \_\_\_\_\_

3. Tempoh Penyakit : \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan  
Dihadapi  
Mulai \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sehingga \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. Jumlah Perbelanjaan Rawatan : RM \_\_\_\_\_ (Sebulan)

\* **Laporan rawatan perubatan yang telah disahkan disertakan.**

**C. BUTIR-BUTIR DIRI, PEKERJAAN, PENDAPATAN, PERBELANJAAN,  
TANGGUNGAN PESAKIT / IBU / BAPA / PENJAGA**

**Butir-butir Diri dan Pekerjaan**

Bil	Butiran	Ibu / Bapa / Penjaga
1.	Nama	
2.	No. K/P	
3.	Warna K/P	
4.	Alamat Tempat Tinggal	
5.	Tarikh Lahir	
6.	Tempat Lahir	
7.	Lama Menetap di Johor	
8.	Pekerjaan / Jawatan	
9.	Nama Majikan / Jabatan	
10.	No.Tel. dan Alamat Majikan / Jabatan	
11.	Pendapatan RM:  a) Gaji Kasar  b) Gaji Bersih	

**\* Surat / slip pendapatan sebulan yang telah disahkan disertakan.**

### 1. Butir-butir Tanggungan Pesakit

Nama Anak	Sek. Ren.	Sek. Men.	IPTA	Pembiayaan Sebulan	
				Ibu bapa / Penjaga	Penganjur
1					
2					
3					
4					
5					

#### **D. PENGAKUAN PESAKIT DAN IBU / BAPA / PENJAGA PESAKIT**

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar. Sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar, permohonan saya akan ditolak atau saya menerima bantuan perubatan lain bersama-sama bantuan ini, maka tawaran ini berhak ditarik balik.

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan Pesakit)**

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar. Sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar, permohonan anak saya akan ditolak atau anak saya menerima bantuan perubatan lain bersama-sama bantuan ini, maka tawaran ini berhak ditarik balik.

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan Ibu / Bapa /  
Penjaga Pesakit)**

#### **E. PENGESAHAN PERMOHONAN**

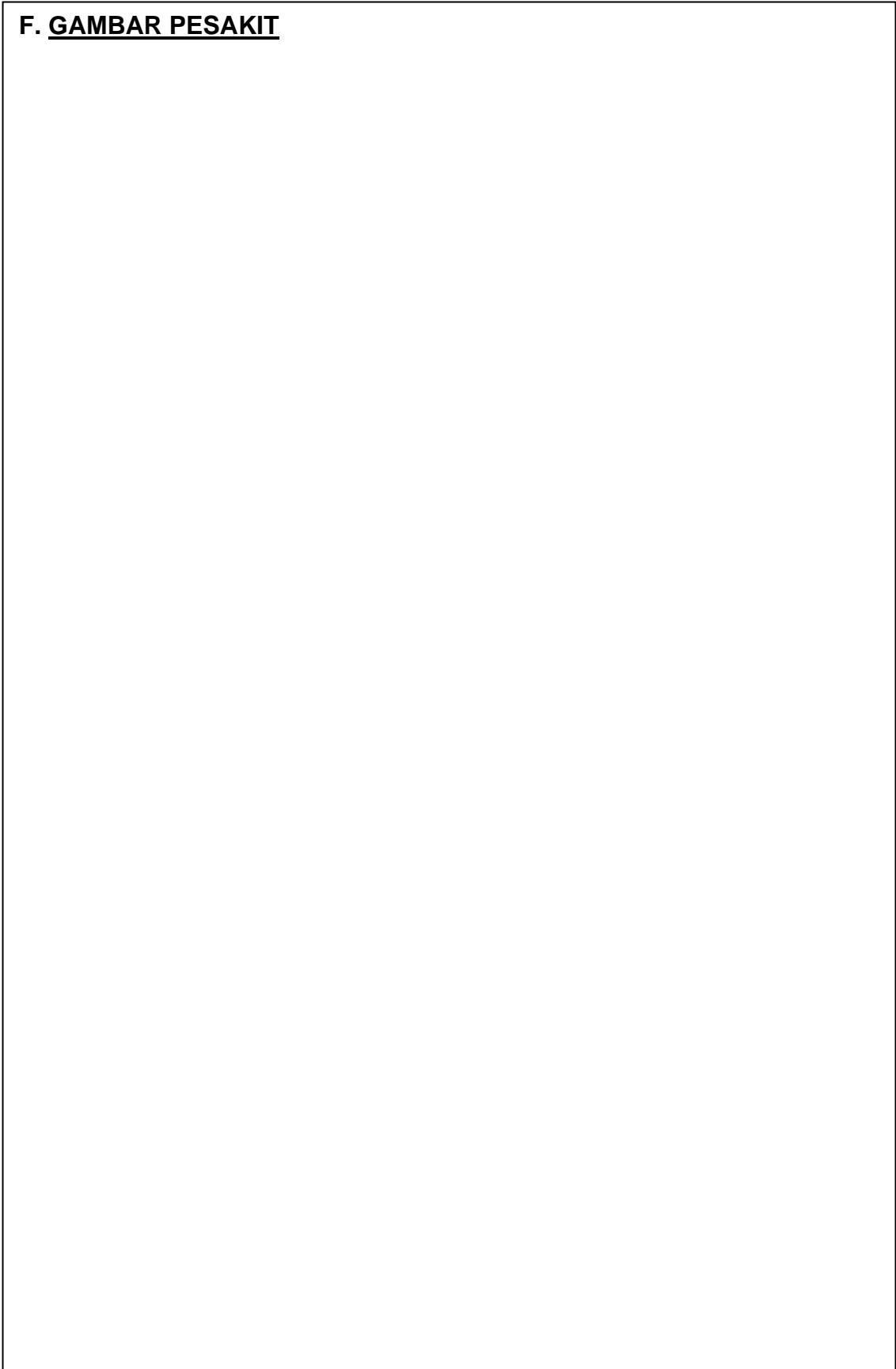
Saya \_\_\_\_\_  
mengesahkan bahawa sepanjang yang diketahui, segala maklumat yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah benar dan betul.

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Tandatangan & Cop Rasmi)**

***Nota: Pengesahan hendaklah dibuat oleh Wakil Rakyat / Pegawai Daerah, Pegawai Kerajaan Kumpulan A / Penghulu / Ketua Kampung / Pengetua Sekolah yang tidak mempunyai hubungan keluarga dengan pemohon.***

**F. GAMBAR PESAKIT**





## **SYARAT-SYARAT PERMOHONAN BANTUAN PERUBATAN**

1. Pemohonan mestilah anak jati Negeri Johor (menetap sekurang-kurangnya 3 tahun di Negeri Johor).
2. Pemohon adalah dari kalangan berpendapatan rendah iaitu pendapatan bersih penjaga tidak melebihi RM1,500.00 sebulan serta mempunyai tanggungan yang ramai.
3. PIJ tidak akan memberikan bantuan kepada kes-kes ulangan
4. Hanya pesakit buah pinggang sahaja
5. Pemohon mestilah menggunakan borang asal (borang fotostat tidak dibenarkan)

\*\*\*\*\*