

BORANG PERMOHONAN BANTUAN KEBAJIKAN PESAKIT

Dokumen yang perlu : Salinan K/P (salinan KP ibu bapa untuk pesakit kanak-kanak), Borang J, slip gaji atau surat majikan, penyata KWSP

Untuk di isi oleh pemohon

Nama Pesakit

Nama Penjaga
(jika pesakit bawah 18 tahun)

No K/P atau No K/P ibu

Alamat Lengkap

Poskod

Telefon (R) (P) (H/P)

Pekerjaan

Pendapatan dan Perbelanjaan Keluarga

Pendapatan Sebulan

Gaji / Upah

Pendapatan Lain

JUMLAH

Perbelanjaan

Sewa Rumah

Elektrik

Air

Telefon

Lung Foundation of Malaysia

Office Suite 2-3, 2nd Floor, Medical Academies of Malaysia, 210, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur.

Tel/Fax: 603 - 4025 2700 • email : lungfoundation@gmail.com

Makanan

Tambang

Perbelanjaan Sekolah Anak

Belanja Dapur

KWSP / Perkeso

Tanggungan Hutang
(rumah, kereta kad kredit dll)

Cukai Pendapatan

Lain-lain
(sila sediakan resit)

Tanggungan

Jumlah Tanggungan

Butir Tanggungan

Bil	Nama	Umur	Jantina	Taraf Perkahwinan	Pertalian	Pekerjaan/ Sekolah	Pendapatan	Sekolah

Harta milik

Rumah Jenis Harga Tahun Pembelian

Kereta Jenis Harga Tahun Pembelian

Perlindungan Insurans *(jika ada)*

Lung Foundation of Malaysia

Office Suite 2-3, 2nd Floor, Medical Academies of Malaysia, 210, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur.

Tel/Fax: 603 - 4025 2700 • email : lungfoundation@gmail.com

Lain-lain harta jika ada

<input type="text"/>	RM	<input type="text"/>
----------------------	----	----------------------

<input type="text"/>	RM	<input type="text"/>
----------------------	----	----------------------

<input type="text"/>	RM	<input type="text"/>
----------------------	----	----------------------

Butiran bank utama

Bank	Jenis Akaun	Cawangan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Saya mengakui bahawa semua maklumat di atas adalah benar dan betul. Dengan ini saya memberi kuasa kepada Yayasan Paru-Paru Malaysia (LFM) untuk mendapat apa jua maklumat daripada mana-mana sumber berhubung permohonan ini.

Tandatangan pesakit / penjaga

Nama

No KP