

BORANG PERMOHONAN

SUMBANGAN SAKIT KRONIK@KRITIKAL/ BENCANA ALAM



BKOPKB/BPSSK&BA/PIN1/2023

PENDAHULUAN

Sumbangan Sakit Kronik@Kritikal/Bencana Alam ini adalah sumbangan yang diberikan kepada anggota dan ahli keluarga anggota terdekat yang mengalami sakit kronik/kritikal/bencana alam.

BORANG PERMOHONAN

Borang permohonan SSK&BA ini boleh didapati di Ibu Pejabat KoPKB atau muat turun menerusi laman web KoPKB di www.koppkb.com.

SYARAT-SYARAT KELAYAKAN

- a) Terbuka kepada Anggota Koperasi Permodalan Kelantan Berhad (KoPKB) sahaja.
- b) Seseorang anggota yang telah membayar saham dan yuran keanggotaan serta telah disahkan keanggotaan sahaja berhak menerima sumbangan ini.
- c) Setiap anggota yang layak berhak menerima SSK&BA ini selagi ada peruntukan dalam Kumpulan Wang Kebajikan Koperasi.
- d) Bagi permohonan suami/isteri/anak (anggota KoPKB), hanya **SATU (1)** permohonan sahaja yang layak diterima.
- e) Peruntukan sumbangan yang diberikan kepada pesakit-pesakit kronik atau kritikal dan bencana alam.
- f) Antara jenis penyakit kronik @kritikal adalah seperti Penyakit Alzheimer/ Demensia Teruk, Angioplasti dan rawatan invasif lain untuk penyakit arteri koronari, Meningitis Bakteria, Tumor otak benign, Buta, Pembedahan otak, Kanser, Kardiomiopati, Anemia aplastik kronik, Koma, Pembedahan pintasan arteri koronari, Pekak, Ensefalitis, Kegagalan hati tahap akhir, Penyakit paru-paru tahap akhir, AIDS dengan gejala penuh, Hepatitis viral fulminan, Serangan jantung, Pembedahan injap jantung, Jangkitan HIV melalui transfusi darah, Kegagalan buah pinggang, Kehilangan upaya hidup sendiri (berdikari), Hilang keupayaan bertutur. Trauma kepala major, Transplant organ utama/sumsum tulang, Penyakit sistik medular, Penyakit neuron motor, Sklerosis Multipel, Kelumpuhan anggota, Penyakit parkinson, Hipertensi arteri pulmonari primer, Penyakit arteri koronari serius, Strok, Pembedahan aorta, Lupus aritematosus sistematik dengan komplikasi buah pinggang yang teruk dan Kelecuran tahap tiga.
- g) Antara jenis bencana alam adalah seperti Banjir, Kebakaran dan Tanah runtuh.

DOKUMEN SOKONGAN (PERLU DISAHKAN)

PEMOHON (ANGGOTA KoPKB)

- a) Salinan MyKad (Awam)

PESAKIT (ANGGOTA/SUAMI/ISTERI/ANAK)

- a) Salinan Surat Beranak / MyKad (Awam)
- b) Salinan laporan polis/laporan perubatan/kad rawatan/kad lawatan dari Hospital/Klinik
- c) Dokumen tambahan / surat perakuan atau lain-lain dokumen yang berkaitan.

- *Sila tanda (x) pada petak yang disediakan bagi memastikan dokumen sokongan yang disertakan telah lengkap.*
- *Permohonan yang tidak lengkap akan ditolak.*

PERUNTUKAN SUMBANGAN

Peruntukan yang disediakan adalah sebanyak **RM500.00** atau tertakluk kepada budi bicara dan kelulusan ALK.

NOTA PENTING

- a) Pastikan borang yang diisi adalah borang yang **terkini (BKOPKB/BPSSK&BA/PIN1/2023)**
- b) Keputusan permohonan akan dimaklumkan melalui telefon atau SMS
- c) Borang yang difotostat/emel/faks boleh diterima
- d) Untuk pertanyaan, hubungi kami ditalian **09-741 4331** atau kunjungi ibu Pejabat KoPKB.
- e) Borang hendaklah **disahkan oleh majikan** masing-masing sebelum dihantar ke Ibu Pejabat KoPKB.

BORANG PERMOHONAN

SUMBANGAN SAKIT KRONIK@KRITIKAL/ BENCANA ALAM



KOPERASI PERMODALAN KELANTAN BERHAD

BKOPKB/BPSSK&BA/PIN1/2023

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT ANGGOTA (Sila isi ruangan yang disediakan dengan

NOMBOR MYKAD :	<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"/> <input type="text"/>	NOMBOR ANGGOTA :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAMA :	<input type="text"/>		
ALAMAT SURAT MENYURAT :	<input type="text"/> <input type="text"/>		
POSKOD :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBOR TELEFON :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
SYARIKAT / UNIT BISNES :	<input type="text"/>		

BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT PESAKIT (Sila isi ruangan yang disediakan dengan lengkap dan tepat)

NAMA :	<input type="text"/>		
NOMBOR MYKID / MYKAD :	<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"/> <input type="text"/>		
ALAMAT SURAT MENYURAT :	<input type="text"/> <input type="text"/>		
POSKOD :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBOR TELEFON :	<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"/>
HUBUNGAN :	<input type="text"/>		
KATEGORI :	SAKIT KRONIK / KRITIKAL (NYATAKAN : _____)	<input type="checkbox"/>	BENCANA ALAM NYATAKAN : _____ <input type="checkbox"/>

BAHAGIAN 3 :

PERAKUAN

Saya seperti nama di atas mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah **BENAR**. Sekiranya keterangan yang diberikan tidak benar, Koperasi PKB (KoPKB) berhak untuk membatal/menolak permohonan saya.

Saya yang memohon,

Permohonan disokong oleh,

Cop Jawatan :

TANDATANGAN ANGGOTA

TARIKH :

TANDATANGAN PEGAWAI/
MAJIKAN

TARIKH :

BAHAGIAN 4 : UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

<input type="checkbox"/>	Layak : _____
<input type="checkbox"/>	Tidak Layak : _____

Diluluskan / Ditolak : _____
Tarikh : _____