

BORANG PERMOHONAN

SUMBANGAN ELAUN HOSPITAL (SEH)



BKOPKB/BPSEH/PIN1/2025

PENDAHULUAN

Sumbangan Elaun Hospital (SEH) ini merupakan inisiatif kebajikan KoPKB yang bertujuan membantu meringankan beban kewangan anggota dan keluarga anggota yang mengalami musibah kesihatan dan memerlukan rawatan di hospital. Melalui kemudahan ini, KoPKB berusaha memastikan kebajikan anggota terus menjadi keutamaan, selaras dengan peranan koperasi dalam menyediakan sokongan sosial dan kesejahteraan kepada anggotanya.

BORANG PERMOHONAN

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

SYARAT-SYARAT KELAYAKAN

- Terbuka kepada Anggota KoPKB dan penerima yang layak adalah Anggota/Pasangan/Anak.
- Seseorang anggota yang telah membayar saham dan yuran keanggotaan serta telah disahkan keanggotaan.
- Setiap penerima yang layak hanya boleh membuat tuntutan Sumbangan Elaun Hospital sekali Sahaja dalam setahun.
- Penerima yang layak Anggota/Pasangan/Anak yang dimasukkan ke dalam wad sekurang-kurangnya **TIGA (3)** hari (3 hari 2 malam) pada 1 masa (tidak termasuk kes bersalin) dan hanya **SATU (1)** permohonan dibenarkan bagi setiap kes (Nota Discaj).
- Tuntutan bagi anak yang mana pasangan merupakan anggota KoPKB, hanya **SATU (1)** permohonan dibenarkan bagi setiap kes.

DOKUMEN SOKONGAN (PERLU DISAHKAN)

PEMOHON (ANGGOTA KoPKB)

- Salinan MyKad (Awam)

☐

PESAKIT (ANGGOTA/SUAMI/ISTERI/ANAK)

- Salinan Surat Beranak / MyKad (Awam)
- Sijil Akuan Sakit / Discaj Note
- 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

KATEGORI	PERUNTUKAN
Anggota	RM 200.00
Suami/Isteri/Anak	RM 150.00

NOTA PENTING

- Pastikan borang yang diisi adalah borang yang **terkini (BKOPKB/BPSEH/PIN1/2025)**
- Keputusan permohonan akan dimaklumkan melalui telefon atau *Whatsapp*.
- Borang yang difotostat/emel/pos/*whatsapp* boleh diterima.
- Untuk pertanyaan, hubungi kami ditalian **09-741 4331** atau kunjungi ibu Pejabat KoPKB.
- Borang hendaklah disahkan oleh majikan masing-masing sebelum dihantar ke Ibu Pejabat KoPKB.



BKOPKB/BPSEH/PIN1/2025

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT PEMOHON (Sila isi ruangan yang disediakan dengan lengkap dan tepat)

NOMBOR MYKAD :

--	--	--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 NOMBOR ANGGOTA :

--	--	--	--

NAMA : _____

ALAMAT SURAT MENYURAT :	

[illegible]

SYARIKAT / UNIT BISNES :

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

NAMA :

NOMBOR MYKID / MYKAD :

--	--	--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--	--

ALAMAT SURAT MENYURAT :	

POSKOD : NOMBOR TELEFON :

HUBUNGAN :	
------------	--

BAHAGIAN 3 : PERAKUAN PEMOHON

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

Saya yang memohon,

Permohonan disokong oleh,

Cop Jawatan :

TARIKH :

TARIKH :

BAHAGIAN 4 : UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

☐ Layak : _____

☐ Tidak Layak : _____

Diluluskan / Ditolak :

Tarikh :