





Tanggungjawab :

Bil.	Nama	Umur	Pekerjaan/Sekolah

**3. MAKLUMAT KESIHATAN (DIISI OLEH PEGAWAI PERUBATAN DAN YANG BERKAITAN)**

No. Rujukan Perubatan : .....

Pusat/Tempat Rawatan Diterima:

Hospital/Klinik Kerajaan .....

Jenis penyakit/Kecacatan :

Tahun dialami :

Jenis perubatan lanjutan : .....

Peralatan yang diperlukan : .....

Kos/Perbelanjaan : RM .....

Kos Rawatan : RM ..... bulan/tahunan

Kos Rawatan Lanjutan : RM .....


Dibiayai oleh :

Pengesahan Pegawai Perubatan :

Tandatangan dan Cop Rasmi

#### 4. PENGAKUAN PEMOHON

Adalah saya ..... dengan ini mengakui bahawa segala butiran yang dinyatakan di atas adalah benar.

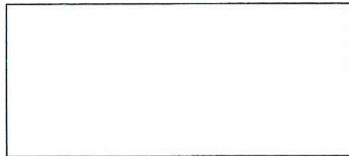


Tandatangan Pemohon

Tarikh : .....

#### 5. PENGESAHAN

Hendaklah disahkan oleh Imam Masjid (Kariah Pemohon).



Tandatangan/Cop Rasmi

Nama : .....

No. K/P : .....

No. Telefon : .....

**PERHATIAN : SETIAP PERMOHONAN YANG DIISI LENGKAP AKAN DIBERI PERHATIAN. PERMOHONAN YANG TIDAK LENGKAP AKAN MENYEBABKAN PERMOHONAN DITOLAK. SEKIRANYA ANDA TIDAK MENERIMA SEBARANG JAWAPAN DARI PIHAK BAITULMAL SELEPAS DUA BULAN DARI TARIKH PERMOHONAN, PERMOHONAN ANDA ADALAH DIANGGAP GAGAL.**