

UNIT KEBAJIKAN WQ PARK
WQ PARK WELFARE UNIT

BORANG PERMOHONAN BANTUAN TERAPI
THERAPEUTIC ASSISTANCE APPLICATION FORM

Pemohon warganegara Malaysia yang berkelayakan hanya akan diberi bantuan dengan syarat kelayakan antara 4 di bawah:
Qualified Malaysian applicants will be eligible for welfare fund based on any one of the 4 criteria below:

1. Pendapatan seisi rumah RM5,000 ke bawah dan mempunyai 3 orang anak atau lebih.
Household income of RM5,000 and below and have 3 or more children.
2. Pendapatan seisi rumah RM3,000 ke bawah dan mempunyai 2 orang anak atau kurang.
Household income of RM3,000 and below and have 2 or more children.
3. Bukti surat diberhentikan kerja atau pengurangan gaji.
Proof of letter of dismissal or salary reduction.
4. Golongan asnaf.
Asnaf individual.

Sila lampirkan bersama borang ini 1 salinan bagi setiap dokumen yang berikut: *Please attach with this form 1 copy of each of the following documents:*

1. Salinan kad pengenalan pesakit.
A copy of the patient's identification card.
2. Salinan kad pengenalan ibu / bapa / penjaga (Jika pesakit adalah kanak-kanak).
A copy of the identification card of mother/father/guardian (if the patient is a child).
3. Salinan slip gaji (suami dan isteri) yang terkini sekiranya bekerja yang disahkan oleh majikan.
A copy of the latest salary slip (both husband and wife) if currently employed and has been certified by the employer.
4. Salinan surat tamat kontrak pekerjaan / surat ditamatkan perkhidmatan (bagi yang berkenaan) yang disahkan oleh majikan.
A copy of employment contract termination letter / termination letter (as applicable) and certified by the employer.
5. Salinan surat cerai / sijil kematian suami / isteri (bagi yang berkenaan).
A copy of divorce certificate / death certificate of husband / wife (for those concerned).
6. Salinan Kad OKU pesakit (bagi yang berkenaan).
A copy of the patient's OKU Card (for those concerned).

A. MAKLUMAT PEMOHON (Pesakit dewasa atau Penjaga sekiranya pesakit adalah kanak-kanak). APPLICANT INFORMATION (Adult patient or Guardian if patient is a child).

Nama Name: _____ No. KP IC No.: _____

Umur Age: _____ Status Perkahwinan Marriage Status: Bujang Single / Berkahwin Married / Bercerai Divorced

Alamat Penuh Complete Address: _____

No Telefon Telephone No.: _____ Alamat Email Email Address: _____

Pekerjaan Occupation: _____ (Nama jawatan sekiranya bekerja. Job title if employed).

Gaji Sebulan Monthly Salary: RM _____ Nama Majikan Employer's Name: _____

Diagnosis / Penyakit Diagnosis / Condition: _____ Kad OKU OKU Card: Ada Yes / Tiada No

B. MAKLUMAT ISTERI / SUAMI. WIFE / HUSBAND INFORMATION.

Nama Name: _____ No. KP IC No.: _____

Umur Age: _____ No Telefon Telephone No.: _____

Alamat Penuh Complete Address: _____

Pekerjaan Occupation: _____ (Nama jawatan sekiranya bekerja. Job title if employed).

Gaji Sebulan Monthly Salary: RM _____ Nama Majikan Employer's Name: _____

Penyakit Kronik / Masalah Kesihatan (jika ada) Chronic Diseases / Health Problems (if any) : _____

C. MAKLUMAT PESAKIT (Pesakit kanak-kanak). PATIENT INFORMATION (Child patient).

Nama Name: _____ No. KP IC No.: _____ Umur Age: _____

Alamat Penuh (Sekiranya berlainan dari di atas) Complete Address (If different from above): _____

Diagnosis / Penyakit Diagnosis / Condition: _____ Kad OKU OKU Card: Ada Yes / Tiada No

D. JUMLAH TANGGUNGAN PEMOHON / PENJAGA. TOTAL DEPENDENTS OF APPLICANT / GUARDIAN.

Bil. No.	Nama Name	No. KP IC No.	Hubungan Relationship	Umur Age	Status Pekerjaan / Belajar Work Status / Studying	Tahap Kesihatan / Diagnosis (jika ada) Health status / Diagnosis (if any)

E. PENGESAHAN MAKLUMAT. VERIFICATION OF INFORMATION.

Saya _____ No KP: _____ mengaku bahawa semua keterangan yang diberikan adalah benar dan permohonan ini akan ditolak sekiranya butiran yang diberikan di atas adalah tidak benar. Pihak pengurusan WQ Park juga berhak menolak permohonan tanpa sebarang alasan.

I _____ IC No.: _____ declare that all the information given is true and this application will be rejected if the details given above are not true. The management of WQ Park also reserves the right to reject applications without any reason.

Tandatangan Pemohon / Penjaga. Signature of Applicant / Guardian

Tarikh Date

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT. FOR OFFICE USE.

Status Kehadiran pesakit:	Sesi Terapi : OT/ ST/ PT/ EIP/ AR	Nama Terapis:	Catatan:
Sokongan		Kelulusan	