

**MEDICAL ASSISTANCE / REHAB EQUIPMENT REQUEST FORM**  
**BORANG PERMINTAAN ALAT BANTUAN PERUBATAN / REHAB**

**1. MEMBER'S BACKGROUND**  
**MAKLUMAT AHLI**

**Date of Application:**  
**Tarikh Permohonan:**

<b>Member's Name:</b> <i>Nama Ahli:</i>	<b>Member's ID / IC Number :</b> <i>No Keahlian/No. KP:</i>	
<b>Financially Supported by (Please tick whichever applicable)</b> <i>Di bawah tanggungan (Sila tandakan yang berkenaan)</i>	<input type="checkbox"/>	<b>Parents</b> <i>Ibu bapa</i>
	<input type="checkbox"/>	<b>Self-supporting</b> <i>Sendiri</i>
<b>Receiving Treatment at (Hospital Name):</b> <i>Menerima rawatan perubatan di (Nama Hospital):</i>		

**2. FAMILY BACKGROUND (please fill up if dependent on family support)**

**MAKLUMAT KELUARGA (Sila isikan jika di bawah tanggungan ibu bapa)**

<b>Father/Guardian 1 <i>Bapa/Penjaga 1</i></b>	<b>Mother/Guardian 2 <i>Ibu/Penjaga 2</i></b>
<b>Name:</b> <i>Nama:</i>	<b>Name:</b> <i>Nama:</i>
<b>Occupation:</b> <i>Pekerjaan:</i>	<b>Occupation:</b> <i>Pekerjaan:</i>
<b>Nett Monthly Salary (RM):</b> <i>Gaji Bulanan Bersih (RM):</i>	<b>Nett Monthly Salary (RM):</b> <i>Gaji Bulanan Bersih (RM):</i>
<b>No of Schooling Children:</b> <i>Bilangan Anak yang Masih Bersekolah:</i>	

**3. FINANCIAL COMMITMENTS (personal/parents if still being supported)**

**KOMITMEN KEWANGAN (persendirian/ibu bapa jika di bawah tanggungan)**

<b>Tick whichever applicable</b> <i>Tandakan yang berkenaan</i>	<b>Details</b> <i>Butiran</i>	<b>Amount (RM)</b> <i>Amaun (RM)</i>
<input type="checkbox"/>	<b>House Monthly Rental/Installment</b> <i>Sewa Rumah Bulanan / Ansuran Bulanan</i>	
<input type="checkbox"/>	<b>Average Monthly Utilities Bill (electricity, water, etc)</b> <i>Bil Utiliti Purata Bulanan (elektrik, air dan lain-lain)</i>	
<input type="checkbox"/>	<b>Vehicle Monthly Installment</b> <i>Ansuran Bulanan Kenderaan</i>	
<input type="checkbox"/>	<b>Other Commitments, please specify .....</b> <i>Komitmen lain, sila nyatakan .....</i>	

**4. MEMBER'S EQUIPMENT AND/OR ASSISTANCE REQUIREMENTS**

**KEPERLUAN ALAT BANTUAN/PERUBATAN**

<b>Tick whichever applicable</b> <i>Tandakan yang berkenaan</i>	<b>Name of Equipment</b> <i>Nama Alat Bantuan/Perubatan</i>	<b>Type</b> <i>Jenis</i>	<b>Cost (RM)</b> <i>Kos (RM)</i>
<input type="checkbox"/>	<b>Wheelchair / Kerusi Roda</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Orthotics / Alat Bantuan Ortotik</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Walking aid / Alat Bantu Berjalan</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Catheters/Catheter Bags</b> <i>Kateter/Beg Kateter</i>		
<input type="checkbox"/>	<b>Diapers/Pampers</b> <i>Lampin/Pampers</i>		
<input type="checkbox"/>	<b>Medications / Ubat</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Others / Lain-lain</b>		

\*Please attach quotation with specification from vendor / Sila sertakan sebut harga dengan spesifikasi dari vendor

\*\* Please accompany the form with doctor's letter supporting your request / Sila lampirkan borang dengan surat doktor yang menyokong permintaan anda

The information that I have given herein is true to the best of my belief and knowledge. I understand that any and/or all information contained in this form shall be kept and treated with the utmost confidentiality in accordance with the Personal Data Protection Act 2010. I further understand and acknowledge that the personal data that I have provided voluntarily may be processed and used strictly for the activities and operations of Persatuan Spina Bifida Malaysia (SIBIAM) who may wish to use, reproduce, report, transmit, publish, broadcast and/or post any such information without further reference to me. AND I execute and attest my signature hereto having acknowledged and consented that I am agreeable to this policy.

Maklumat yang saya berikan di sini adalah benar mengikut kepercayaan dan pengetahuan saya. Saya maklum bahawa apa-apa dan / atau semua maklumat yang terkandung di dalam borang ini akan disimpan dan digunakan dengan penuh kerahsiaan menurut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. Saya selanjutnya maklum bahawa data peribadi yang saya berikan secara sukarela boleh diproses dan digunakan untuk kegiatan dan operasi Persatuan Spina Bifida Malaysia (SIBIAM) yang dibenarkan untuk mengguna, menghasil, melapor menghantar dan / atau menyiar maklumat tersebut tanpa rujukan lanjutan kepada saya. DAN saya turunkan tandatangan saya di sini sebagai pengesahan saya bersetuju dan memberi kebenaran dengan dasar ini.

**Signature /Tandatangan**

--