



**BORANG PERMOHONAN TABUNG KHAS WANITA NEGERI KEDAH
(DIISI OLEH PEMOHON)**

I. MAKLUMAT ASAS

1. NEGERI	4. PARLIMEN																										
2. DAERAH	5. DUN																										
3. MUKIM	6. BANDAR / KAMPUNG																										
7. PERUJUK <i>(sekiranya diisi oleh Perujuk)</i>	Nama: No. Tel: Hubungan Dengan Pemohon :																												
8. SEBAB UTAMA PERMOHONAN	<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/></td><td>a. Ditinggalkan suami</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>b. Ibu tunggal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>c. Menjaga ibu/bapa/pasangan/ahli keluarga yang sakit terlantar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>d. Menjadi Ketua Isi Rumah disebabkan suami sakit terlantar dan hilang punca pencarian</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>e. Tidak berkahwin tetapi mempunyai anak peliharaan atau tanggungan</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>f. Keperluan bantuan kewangan bagi meningkatkan aktiviti ekonomi bagi menambah pendapatan keluarga (Sila nyatakan)</td></tr><tr><td colspan="2">.....</td></tr><tr><td colspan="2">.....</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>g. Ditimpa musibah atau bencana (Sila nyatakan)</td></tr><tr><td colspan="2">.....</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>h. Lain-Lain Sebab (Sila nyatakan)</td></tr><tr><td colspan="2">.....</td></tr><tr><td colspan="2">.....</td></tr></table>			<input type="checkbox"/>	a. Ditinggalkan suami	<input type="checkbox"/>	b. Ibu tunggal	<input type="checkbox"/>	c. Menjaga ibu/bapa/pasangan/ahli keluarga yang sakit terlantar	<input type="checkbox"/>	d. Menjadi Ketua Isi Rumah disebabkan suami sakit terlantar dan hilang punca pencarian	<input type="checkbox"/>	e. Tidak berkahwin tetapi mempunyai anak peliharaan atau tanggungan	<input type="checkbox"/>	f. Keperluan bantuan kewangan bagi meningkatkan aktiviti ekonomi bagi menambah pendapatan keluarga (Sila nyatakan)		<input type="checkbox"/>	g. Ditimpa musibah atau bencana (Sila nyatakan)		<input type="checkbox"/>	h. Lain-Lain Sebab (Sila nyatakan)	
<input type="checkbox"/>	a. Ditinggalkan suami																												
<input type="checkbox"/>	b. Ibu tunggal																												
<input type="checkbox"/>	c. Menjaga ibu/bapa/pasangan/ahli keluarga yang sakit terlantar																												
<input type="checkbox"/>	d. Menjadi Ketua Isi Rumah disebabkan suami sakit terlantar dan hilang punca pencarian																												
<input type="checkbox"/>	e. Tidak berkahwin tetapi mempunyai anak peliharaan atau tanggungan																												
<input type="checkbox"/>	f. Keperluan bantuan kewangan bagi meningkatkan aktiviti ekonomi bagi menambah pendapatan keluarga (Sila nyatakan)																												
.....																													
.....																													
<input type="checkbox"/>	g. Ditimpa musibah atau bencana (Sila nyatakan)																												
.....																													
<input type="checkbox"/>	h. Lain-Lain Sebab (Sila nyatakan)																												
.....																													
.....																													

12. TAHAP PENDIDIKAN <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>	<input type="checkbox"/> a. Tidak Bersekolah <input type="checkbox"/> b. Sekolah Rendah <input type="checkbox"/> c. Sekolah Menengah <input type="checkbox"/> d. Kolej <input type="checkbox"/> e. Universiti	13. STATUS PERKAHWINAN <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>	<input type="checkbox"/> a. Bujang <input type="checkbox"/> b. Berkahwin <input type="checkbox"/> c. Janda <input type="checkbox"/> d. Lain-Lain Nyatakan: -
---	---	---	---

III. MAKLUMAT AHLI KELUARGA

1. BIL.	2. NAMA PENUH	3. NO. K/P	4. UMUR	5. ALAMAT RUMAH (Diisi sekiranya tinggal berasingan)	6. HUBUNGAN/ PERTALIAN	7. PERSEKOLAHAN/ PEKERJAAN	8. PENDAPATAN SEBULAN (RM)	9. NO. TELEFON	10. TANDA ✓ JIKA TINGGAL BERSAMA PEMOHON

Sila buat tambahan di helaian lain jika ruangan maklumat ahli keluarga tidak mencukupi

IV. MAKLUMAT PEKERJAAN, KEMAHIRAN DAN MINAT

1. JENIS PEKERJAAN <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>	<input type="checkbox"/> a. Tidak Bekerja <input type="checkbox"/> b. Kerja Sendiri <input type="checkbox"/> c. Perkhidmatan Awam (Kerajaan)	<input type="checkbox"/> d. Swasta <input type="checkbox"/> e. Lain-lain Nyatakan: -
2. PEKERJAAN SEKARANG /PENGALAMAN KERJA <i>(Jika berkaitan)</i>	a. Pekerjaan : b. Nama & Alamat Majikan: c. No. Tel. Majikan:	
3. KEMAHIRAN DAN MINAT: <i>(Jika berkaitan)</i>		

V. MAKLUMAT KESIHATAN DAN KETIDAKUPAYAAN

1. PENYAKIT YANG DIHADAPI DAN JENIS RAWATAN	1A. JENIS PENYAKIT <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>		1B. JENIS RAWATAN <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>					
			KLINIK		HOSPITAL		Tradisional	Tiada Rawatan
			K'jaan	Swasta	K'jaan	Swasta		
	<input type="checkbox"/>	a. Tiada penyakit						
	<input type="checkbox"/>	b. Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	c. Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	d. Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	e. Lelah (Asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	f. Buah Pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	g. Barah (Kanser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	h. Sakit Sendi (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	i. Strok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	j. Gastrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	k. Batuk/TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	l. Lain-Lain (Nyatakan):-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. PENYAKIT YANG DIHADAPI OLEH AHLI KELUARGA (KES TERLANTAR) DAN JENIS RAWATAN	Nama Pesakit/OKU Terlantar :							
	No. Kad Pengenalan :							
	Hubungan :							
	<i>(Diisi sekiranya pemohon merupakan penjaga kepada pesakit terlantar)</i>							
	2A. JENIS PENYAKIT <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>		2B. JENIS RAWATAN <i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>					
			KLINIK		HOSPITAL		Tradisional	Tiada Rawatan
			K'jaan	Swasta	K'jaan	Swasta		
	<input type="checkbox"/>	a. Tiada penyakit						
	<input type="checkbox"/>	b. Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	c. Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	d. Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	e. Lelah (Asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	f. Buah Pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	g. Barah (Kanser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	h. Sakit Sendi (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	i. Strok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	j. Gastrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	k. Batuk/TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	l. Lain-Lain (Nyatakan):-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sila buat tambahan di helaian lain sekiranya maklumat Pesakit Terlantar adalah lebih daripada seorang.								

VI. MAKLUMAT PENDAPATAN BULANAN PEMOHON / ISI RUMAH

1. PENDAPATAN BULANAN

SUMBER PENDAPATAN	SENDIRI (RM)	ISI RUMAH YANG TINGGAL BERSAMA (RM)
a. Jumlah Pendapatan Kasar Bulanan (Gaji)		
b. Pendapatan bulanan lain (Nyatakan):-		
c. Pencen bulanan (Pencen Ilat/SOCSO/dll)		
d. Bantuan bulanan daripada agensi kerajaan yang lain (Contoh: Baitulmal / Zakat / JKM, dll)		
e. Sumber kewangan lain		

VII. PERAKUAN PEMOHON

NAMA :

NO. K/P :

Saya seperti nama di atas mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah **BENAR**. Saya faham jika maklumat dan keterangan yang diberikan ini didapati tidak benar, bantuan yang saya terima dari Tabung Khas Wanita Negeri Kedah boleh **DITAMATKAN SERTA-MERTA**.

Di hadapan saksi,

.....
(TANDATANGAN PEMOHON)

.....
(TANDATANGAN & COP RASMI SAKSI)

Tarikh:

Tarikh:

No. Telefon:

***SAKSI TERDIRI DARIPADA YB ADUN ATAU PENYELARAS DUN**

PENGESAHAN OLEH PENGHULU MUKIM	Adalah disahkan bahawa maklumat yang diberikan oleh pemohon adalah BENAR .
 (TANDATANGAN & COP RASMI)
	NAMA :
	NO. K/P :
	TARIKH : NO. TELEFON:

**SENARAI SEMAK DOKUMEN SOKONGAN
PERMOHONAN BANTUAN TABUNG KHAS WANITA NEGERI KEDAH**

BIL.	DOKUMEN	TANDAKAN (<input checked="" type="checkbox"/>)
1.	Salinan Kad Pengenalan Pemohon	<input type="checkbox"/>
2.	Salinan Kad Pengenalan / Sijil Kelahiran Ahli Keluarga Yang Tinggal Bersama	<input type="checkbox"/>
3.	Salinan Kad OKU (Jika ada)	<input type="checkbox"/>
4.	Salinan Sijil Kematian (Jika berkaitan)	<input type="checkbox"/>
5.	Salinan Sijil Perkahwinan/ Penceraian (Jika berkaitan)	<input type="checkbox"/>
6.	Kad Perubatan dari Hospital atau Klinik Kesihatan Kerajaan (Jika berkaitan)	<input type="checkbox"/>
7.	Penyata Pendapatan Atau Surat Pengesahan Pendapatan Dari Majikan/ Surat Akaun Pendapatan (Jika Bekerja Sendiri)	<input type="checkbox"/>
8.	Salinan Akaun Bank (Jika ada)	<input type="checkbox"/>

**PERMOHONAN DENGAN DOKUMEN SOKONGAN YANG LENGKAP DAPAT MEMBANTU
MEMPERCEPATKAN PROSES KELULUSAN**