



槟安医院
医疗副利金申请表格
... 在人的生活中产生变化

由槟安医院与诊所服务运行 (M) (255697-M)

发展部门, Penang Adventist Hospital, 465 Jalan Burma, 10350 Penang, Malaysia
电话: (604) 222 7604/5 电传: (604) 222 7602 电子邮件 I: foundation@pah.com.my
Website: http://www.pah.com.my



医疗福利:

罗锦荣(Eric Loh Kam Weng) 联络电话: 04 2227605 / 012-4047858

电子邮件: lohkamweng@pah.com.my

达密达(Tabitha Andrews) 联络电话 : 04 2227605 / 012-4096701

Email: tabithaandrews@pah.com.my

申请基金来自

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 甘宁尔基金 | <input type="checkbox"/> 癌症基金 |
| <input type="checkbox"/> 心脏基金 | <input type="checkbox"/> Welfare 慈善资金 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | |

申请号码: _____

院方编号: _____

申请者个人资料/病者个人资料

病者姓名: _____
身份证号码/出生纸号码: _____
职业: _____
沟通语言: _____
电话(住家): _____ 手提电话号码: _____
地址: _____
_____ 邮号: _____

性别: 年龄: _____
出生日期: - -
宗教: _____
国籍: _____
婚姻状况: _____
州属: _____

您选择槟安医院就医的原因?

(请完成以下细节如果申请人是在就业之下)

公司名称及地址: _____
职位: _____ 公积金 有 无 月薪: _____
上司姓名: _____ 每月津贴: 有 无 如有,是多少: _____
职位: _____ 联络电话号码: _____
病者曾经接受过槟安医疗福利补助: 有 无 如有,曾经批准或是不批 批准 不批

申请者个人资料

姓名: _____
身份证号码: - -
电话(住家): _____ 手提电话号码: _____
地址: _____
州属: _____ 邮号: _____

与病者关系/病者: _____
职业: _____
月薪/收入: _____
 请打勾如与以上一样

只供院方使用

表格呈交日期:

Profile:

- | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| Status : | <input type="checkbox"/> Approved | <input type="checkbox"/> Reject | <input type="checkbox"/> Withdrawn | <input type="checkbox"/> Doc. Pending |
| Disbursement type | <input type="checkbox"/> Single | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Term | |
| Assessment level | <input type="checkbox"/> Level 1 Interview | <input type="checkbox"/> Level 2 Verification | <input type="checkbox"/> Level 3 Home Survey | |

Pending document if any:

家庭成员个人月份收入及开支资料 (如病人是已婚, 请填上配偶及孩子, 单身填上父母兄弟姐妹)

家庭成员资料:	病者资料	家庭成员1资料:	家庭成员2资料:	家庭成员3资料:
姓名				
性别				
年龄				
身份证号码/出生纸号码				
手提电话号码				
与病者关系				
婚姻状况 (单身/已婚/离婚* 寡妇/鳏夫)*离婚多少年? 儿女人数,包括去世者-请註明				
工作或念书状况 (如尚念书, 请註明学校及科系及年级)				
职业				
公司/学校-尚念书者				
月薪或收入或政府福利部				
政府福利部/qi慈				
雇主/公司行号				
雇主/公司行号电话				
配偶职业				
配偶月薪或收入				
家庭月份开支资料 (请附上每项付款单据除了*项)				
屋租/租金				
车子/摩多供期				
水电费				
网络/手提电话				
任何保险 (月份平均)				
教育费				
伙食费 (各人/家庭) 请圈*				
交通费*				
其他费用				
总共				
资产资料	房屋	车子	摩多	*存款/土地及其他
属于病人/别人(关系)				
单位/辆数				
型式/款类				
购买在那个年份				
购价 \$				
目前市价\$				
尚欠银行\$				
每月供期 \$/已供满				

*存款需包括定期存款

每月总开销 RM _____
 每月总储蓄 RM _____
 预估医疗费用 RM _____
 可以承担自付 RM _____
 申请数额 RM _____

所有手术前和手术后费用应由申请人承担。基金应负责仅偿还手术费用经委员会批准。申请人知道基金的全部财务责任不是承担所有的前期或除非申请人向委员会另行提出申请或要求批准, 否则应支付费用。

裁判及见证人资料:

为了尊重起见, 申请人必需要请一位裁判及一位见证人确认签署。裁判该是一位有社会地位的马来西亚公民。
例如行政议员, 人民代表 (JKKK), 村长等

裁判人资料:

裁判人名字	_____	裁判人签名及盖章 日期: _____
职位:	_____ 电话: _____	
身份证号码	_____	
办公电话	_____	
州属:	_____ 邮号: _____	

见证人资料:

见证人名字	_____	见证人签名及盖章 日期: _____
职位:	_____ 电话: _____	
身份证号码	_____	
办公电话	_____	
州属:	_____ 邮号: _____	

DOCTOR'S RECOMMENDATION (医生治疗推荐)

Doctor's Name:	_____	Official Stamp & Signature Date: _____
Illness Type	<input type="checkbox"/> Heart Surgery <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Kidney Failure <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Others: _____	
Final Diagnosis:	_____	
Patient recommended for surgery:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Surgery / Procedures :	_____ _____	
Prognosis/Complications:	_____ _____	

比随同此表格附上上的文件

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病人护照大的照片一张 | <input type="checkbox"/> 医生推荐书 |
| <input type="checkbox"/> 病人及全家人的 身份证/出生纸 副本 | <input type="checkbox"/> 病人医药报告 (如果病人来自别家医院) |
| <input type="checkbox"/> 病人及全家人的EPF细表/EA/Borang J 副本 | <input type="checkbox"/> 父母的身份证 (给予还未21岁的申请者)。 |
| <input type="checkbox"/> 病人家中的水, 电费, 副本 (前三个月)。 | <input type="checkbox"/> 病人来自慈善机构 推荐 (请注明慈善机构名称) |
| <input type="checkbox"/> 病人家中电话及网络费副本 (前三个月)。 | <input type="checkbox"/> 房屋租金付帐文件 (如果房屋是租的)。 |
| <input type="checkbox"/> 病人及直属家人的薪水单副本 ((前三个月)) | <input type="checkbox"/> 房屋/车子/摩多供期单据 |
| <input type="checkbox"/> 雇主薪水信证明书入或收入声明书 (如是自雇者) | <input type="checkbox"/> 银行借据及宣誓官借款声明书 (如果没有借据) |
| <input type="checkbox"/> 近期病人及家属们的银行存款额 (包括定期存款) | |
| <input type="checkbox"/> 销售和购买房子的协议书及汽车和摩多呀嘞 (如果是病人及家属拥有)。 | |

*** 申请者请注意, 若没提供以上齐全的文件, 慈善部门将有权力不提报, 除非有特殊接受理由。**

申请者须知的条件与状况:

申请者务必同意以下院方所立下的条件及情况

允许院方透露此申请表格的资料包给于媒体或有关机构作为宣传报导用途

慈善补助的受惠病人, 要同意院方借用病人及家属照片刊登在目前及往后的月刊, 院训, 网站, 以及大众媒体宣传用途。以及大众媒体宣传用途。

慈善委员有权利批准或拒绝任何的申请, 并无需告知原因。一旦从委员会接到最终的决定, 批准信或拒绝信将会在14天期间发, 。

在手术前或手术后, 申请者必须同意出席院方所举办媒体相关会议或活动。

在手术进行前, 有意申请者必须提交申请表格和相关。

全部资料必须属实。如有任何错误, 委员会有权立即取消申请。

只有在完全结清医疗费用后才能获得慈善援助。

如果慈善补助金超越了实用的医药开销, 有剩余补助金的数额, 将不会退还。

此项基金只给予病人本人医药费而已, 也将不会转交给别的申请者又或转换成现金。

一切申请者所提供的资料将以私人 and 保密处理。

除了註明在同意书内, 申请人绝不自擅运用修改, 拷贝分佈, 转送另张同意书给予另位申请人, 去向院方获取折扣。

宣告

我在此授权委员会及其指定的代表管理代表我收集的与上述申请有关的所有款项。这包括通过新闻机构收集的与此申请相关的所有款项。

我也同意有关多出的补助金余额 (扣除了手术医药费用后) 代表我去退还给委员会, 以便他们给予认为更合适的申请。

我进一步同意不收集或指定任何代理人代表我从此日起向公众收集与我的手术所需资金有关的任何款项。

我允许委员会和指定代表在印刷媒体 (即报纸, 小册子) 上公布关于我自己的所有必要信息, 以便向公众募集资金用于手术和/或手术后的经济援助。

我要求通过檳城安万医院慈善机构提供经济援助, 以支付我在檳城安息医院的医疗费用

我确认此处包含的信息真实无误。我还授权您或您的代表在不参考我的情况下调查和获取您可能需要的与此应用程序相关的任何信息。在没有任何理由的情况下, 无论本申请的结果如何, 本申请表仍然是委员会的财产。

我已阅读上述条款和条件并同意遵守。根据上述条款, 我允许接受调查或向医务社员提供信息。我理解, 如果我对此申请程序有任何问题或疑虑;我可以联系Penang Adventist Hospital的医疗社会官员, 电话是04-2227605

我理解, 管理局可以绝对自由酌情决定, 无论是否给予申请人14天的书面通知, 均可撤回批准。

签名: (申请者/家长/看护人)

姓名 _____

身份证号码 _____

日期 _____

电话号码 _____

签名: (见证人)

姓名 _____

身份证号码 _____

日期 _____

电话号码 _____