

**KOPERASI KOPERKASA SARAWAK BERHAD**

No. 16 – 20, Wisma Koperkasa  
 Jalan Simpang Tiga, 93300 Kuching, Sarawak  
 No. Tel.: 082-424596 No. Faks: 082-421278  
 Emel: general@koperkasa.com.my Website: www.koperkasa.com.my

**BORANG PERMOHONAN  
 BANTUAN SUBSIDI  
 PERUBATAN**
**SILA BACA SYARAT-SYARAT DAN KELAYAKAN SEBELUM MENGISI BORANG INI**

1.	Seseorang anggota layak menerima bantuan subsidi Rawatan Perubatan tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Kebajikan dan Kemasyarakatan.
2.	*Permohonan untuk subsidi kos perubatan boleh dibuat dalam tempoh tidak melebihi <b>180 hari</b> dari tarikh kejadian dan perlu disokong dengan documen-dokumen berikut:- *(Pindaan Mesyuarat Agung Perwakilan Tahunan Ke-67 pada 22 Mei, 2022)
(a)	Salinan kad pengenalan pemohon yang telah disahkan;
(b)	Surat sokongan dari doktor pakar kerajaan atau swasta yang telah disahkan;
(c)	Jawatankuasa Kebajikan dan Kemasyarakatan berhak meminta lain-lain dokumen sebagai bukti jika perlu.
(d)	Jenis penyakit atau rawatan yang diambilkira adalah seperti penyakit yang kritikal dan kronik dan lain-lain tertakluk kepada sokongan Doktor dan keputusan Ahli Jawatankuasa Kebajikan dan Kemasyarakatan.
3.	Kemudahan adalah untuk membantu anggota sendiri.
4.	Bantuan sumbangan alat-alat Sokongan Perubatan tidak melebihi RM1,500.00
5.	Bantuan dimasukkan ke wad untuk anggota sahaja (kecuali bersalin) akan dibayar RM30.00 sehari dan tidak melebihi 14 hari dalam satu tahun.
6.	Keputusan adalah tertakluk kepada budi bicara Jawatankuasa Kebajikan dan Kemasyarakatan dan disahkan oleh Anggota Lembaga Koperasi.

**BUTIRAN PEMOHON (ANGGOTA)**

Saya memohon untuk mendapatkan bantuan berikut:-

\* (Sila tanda [✓] pada yang berkenaan)

(a) Masuk Wad (RM.....) : \* [    ]      Tarikh Masuk Wad : .....      Tarikh Keluar Wad : .....  
 Sila kemukakan **Discharge Certificate** atau dokumen yang berkaitan

(b) Membeli Alat Sokongan Perubatan : \* [    ]      RM ..... Sila kemukakan salinan Resit Pembelian atas nama anggota sahaja

(c) Kos Rawatan Perubatan : \* [    ]      RM ..... Sila kemukakan salinan Penyata Kos Rawatan yang telah dibayar

Nama Penuh : .....

No. K/P Baharu : .....      No. K/P Lama : .....

No. Anggota : .....      No. Telefon Bimbit : .....

Nama Bank : .....      No. Akaun Bank : .....

Jabatan : .....

Alamat Rumah : .....

Bersama ini saya sertakan dokumen seperti yang diperlukan. Saya mengaku bahawa butir-butir yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah sah dan benar.

.....  
(Tandatangan Pemohon).....  
(Tarikh)**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA**

(a) STATUS KEANGGOTAAN : \*CURRENT MEMBER/SHARE HOLDER

PEMBAYARAN MELALUI BANK

(b) BAKI SIMPANAN, MODAL SYER SERTA LAIN-LAIN DAN PEMBIAYAAN (Jika ada)

JUMLAH DILULUS : RM .....

Sila rujuk Cetakan Akaun Semasa Anggota ini yang bertarikh .....

Diproses oleh : .....  
(KERANI)Disemak oleh : .....  
(PEGAWAI KANAN/PEN. PEGAWAI)Disah oleh : .....  
(KETUA BAHAGIAN)

Tarikh : .....