


**BORANG PERMOHONAN SKIM ELAUN HOSPITAL**

 Cawangan : .....  
 No. Anggota : .....

**A. MAKLUMAT ANGGOTA**

 Nama Anggota : .....  
 No. K/P (Baru) : ..... No. K/P (Lama) : .....  
 Tarikh Menjadi Anggota : ..... Jumlah Syer : RM .....  
 Alamat Rumah : .....  
 .....  
 Poskod : ..... Bandar : ..... Negeri : .....  
 No. Tel. Bimbit : .....

**B. KETERANGAN PENYAKIT**

 Nyatakan Penyakit : .....  
 Tarikh Penyakit Mula Dikesan : .....  
 Tempoh Penyakit Dihidapi Hingga Kini : .....  
 Adakah Pesakit Menghidap Apa-Apa Penyakit Lain (Jika ada, sila nyatakan) : .....  
 Adakah Penyakit Yang Dihidapi Disebabkan Oleh Kemalangan / Kecederaan / Lain-lain (Sila nyatakan)  
 .....  
 Keadaan Pesakit Ketika Mendapat Rawatan (Sila tandakan mana yang berkenaan)  
 Telah Pulih  Beransur Pulih  Tiada Perubahan  Semakin Teruk  
 Nyatakan Butiran Semasa Menerima Rawatan  
 Tarikh : ..... Tempat : .....  
 Kos Rawatan Yang Dikenakan (Sila lampirkan salinan resit pembayaran)  
 Tarikh : ..... No. Resit : ..... Jumlah : RM .....

**C. AKUAN ANGGOTA**

Saya sebagai anggota Co-opbank Pertama mengaku bahawa segala keterangan yang saya berikan di atas adalah benar dan memohon bantuan di atas melalui Kumpulan Wang Kebajikan Anggota Co-opbank Pertama.

Saya mengaku memahami bahawa bantuan ini hanya diberikan sekali di sepanjang tempoh keanggotaan saya dan pertimbangan pihak Jawatankuasa adalah muktamad.

Yang benar,

.....

Tarikh:.....

**D. KEGUNAAN CAWANGAN**

Diterima oleh :

Disemak oleh :

.....  
Nama :

Jawatan :

Tarikh :

.....  
Nama :

Jawatan :

Tarikh :

**E. KEGUNAAN JABATAN KEANGGOTAAN**

Diterima oleh :

Disahkan oleh :

.....  
Nama :

Jawatan :

Tarikh :

.....  
Nama :

Jawatan :

Tarikh :

Permohonan ini telah dilulus/ditolak oleh Mesyuarat Anggota Lembaga pada .....

Jumlah kelulusan : RM ..... (*RM20/hari sehingga maksima RM600.00*)

**SYARAT-SYARAT PERMOHONAN SKIM ELAUN HOSPITAL**

1. Anggota itu telah menjadi anggota tidak kurang daripada tempoh dua tahun (**24** bulan) secara berterusan semasa permohonan dibuat dan baki syer minima adalah **RM1,000.00** semasa permohonan diterima.
2. Mana-mana anggota yang mempunyai tunggakan ansuran bayaran balik bulanan akaun pembiayaannya melebihi **3 bulan** adalah tidak layak menikmati kemudahan atau manfaat skim bantuan ini dan permohonan ini tidak akan dipertimbangkan.
3. Bagi individu yang Hilang Kelayakan Sebagai Anggota (UUK 20 (1)), Menarik Diri (UUK 22 (1),(2),(3),(5) dan Penggantungan & Penamatan Anggota (UUK 23) adalah tidak layak memohon.
4. Dimasukkan ke hospital kerajaan atau mana-mana hospital yang diiktiraf **BUKAN** disebabkan atas rawatan perubatan berikut:-
  - i. Psikiatri; atau
  - ii. Kecederaan / keracunan yang disebabkan sendiri; atau
  - iii. Di bawah pengaruh alkohol atau dadah berbahaya; atau
  - iv. Penyakit kelamin seperti gonorea, siflis dan sebagainya; atau
  - v. Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS).
5. Kadar bayaran bantuan ialah **RM20.00** (Ringgit: Dua puluh sahaja) bagi setiap satu hari penuh anggota itu menerima rawatan di hospital tertakluk kepada bayaran bantuan maksima **RM600.00** (Ringgit: Enam Ratus Sahaja).
6. Anggota hendaklah membuat permohonan dalam tempoh 30 hari dari tarikh keluar dari hospital dengan menyertakan salinan bil rawatan hospital dan salinan sijil perubatan yang telah disahkan oleh pihak hospital.
7. Jika pemohon menerima rawatan di hospital melebihi 30 hari secara berturut-turut, ia hendaklah mengemukakan laporan perubatan yang dikeluarkan oleh hospital itu semasa ia membuat permohonan bantuan ini.

**Sila tandakan ( / ) dokumen yang disertakan :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Salinan Kad Pengenalan Anggota   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Salinan Laporan Perubatan Yang Dikeluarkan Oleh Hospital (Sekiranya Anggota Itu Menerima Rawatan Perubatan Di Hospital Melebihi <b>30</b> Hari Berturut-Turut)           | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salinan Bil Rawatan Hospital Yang Mengandungi Tarikh Masuk / Keluar Hospital (Mestilah Dikemukakan Dalam Tempoh <b>30</b> Hari Dari Tarikh Anggota Keluar Dari Hospital) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Salinan Laporan Perubatan Yang Telah Disahkan Oleh Hospital  | <input type="checkbox"/> |