



**BORANG PERMOHONAN WANG KEBAJIKAN ANGGOTA
KOPERASI SAHABAT AMANAH IKHTIAR MALAYSIA BERHAD**

KS : F03-TKP

Versi : 6.0

Tarikh : 15/04/2019

BAHAGIAN A : MAKLUMAT PEMOHON

NAMA ANGGOTA (SEPERTI DALAM KAD PENGENALAN)

NO. KAD PENGENALAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. TELEFON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALAMAT

NO. ANGGOTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WILAYAH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CAWANGAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PUSAT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. AKAUN BANK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAMA BANK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAHAGIAN B : MAKLUMAT PESAKIT (SEKIRANYA PESAKIT BUKAN ANGGOTA)

NAMA PESAKIT (SEPERTI DALAM KAD PENGENALAN)

NO. KAD PENGENALAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. TELEFON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HUBUNGAN DENGAN ANGGOTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAHAGIAN C : KATEGORI PERMOHONAN

Sila tandakan (v) dimana yang berkenaan dan lengkapkan maklumat dibawah.

Faktor Bencana

Nyatakan jenis bencana yang dialami :

Lokasi kejadian : Tarikh kejadian :

Faktor Kesihatan

Nyatakan jenis penyakit yang dialami :

Nama dan Lokasi tempat terima rawatan :

Tempoh Rawatan :

** Sila kephilkan bersama-sama dengan permohonan ini bukti-bukti atau dokumen sokongan seperti:-

- i. Salinan kad pengenalan pemohon
- ii. Salinan buku bank/resit yang tertera nombor akaun

BENCANA	KESIHATAN
iii. <input type="checkbox"/> Gambar bencana	iii. <input type="checkbox"/> Laporan perubatan
iv. <input type="checkbox"/> Laporan polis	iv. <input type="checkbox"/> Salinan kad pengenalan pesakit (sekiranya pesakit bukan anggota)
	v. <input type="checkbox"/> Bukti perhubungan pesakit dengan anggota

BAHAGIAN D : PENGAKUAN

Saya sesungguhnya mengaku bahawa segala keterangan dan maklumat yang diberikan diatas adalah benar dan sekiranya pihak Koperasi mendapati bahawa saya telah memberikan keterangan dan dokumen palsu, saya dengan ini bersetuju bahawa pihak Koperasi berhak menuntut semula wang/pemberian yang telah diberikan kepada saya.

TANDATANGAN PEMOHON

TANDATANGAN SAKSI (KP/PA/PPC/PC)

.....
 Nama :
 Tarikh :

.....
 Cop :

Alamat Untuk Urusan Surat-Menyurat

KOPERASI SAHABAT AMANAH IKHTIAR MALAYSIA BERHAD

Suite 2 - 3 Jalan Cempaka SD12/1A,
 Bandar Sri Damansara PJU9, 52200 Kuala Lumpur
 Tel : 03-6270 1236/1224 Fax : 03-6270 1237 Tel Unit Keanggotaan (Whatsapp) : 011-1072 3138
 Alamat Website : www.koopsahabat.my

BAHAGIAN E : URUSAN PEJABAT

1) URUSAN PENGESAHAN PEGAWAI PENERIMA

Ulasan : _____

Tandatangan :
 Nama & Cop :
 Tarikh :

Tindakan :
 Dibawa ke Mesyuarat Jawatankuasa untuk kelulusan
 Dipulangkan (borang tidak lengkap)

2) URUSAN JAWATANKUASA TABUNG WANG KEBAJIKAN

DILULUSKAN
 DITOLAK

Ulasan :

Cop Rasmi Koperasi :

 Tandatangan wakil Jawatankuasa
 Nama :
 Jawatan :
 Tarikh :