



YAYASAN KOSSAN
We Care • We Love • We Help

APPLICATION FORM - MEDICAL AID
BORANG PERMOHONAN - BANTUAN PERUBATAN

INSTRUCTIONS / ARAHAN

- Please type or write clearly. Please use BLOCK LETTERS.
Taip atau tulis dengan jelas. Gunakan HURUF BESAR.
- Please tick (✓) on the relevant box.
Sila tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan.
- If space is insufficient, please continue in a separate sheet and attach the sheet(s) to the application form.
Sekiranya ruang menulis tidak mencukupi, sila gunakan kertas tambahan dan lampirkan bersama borang permohonan.
- Certified copies of relevant documents must be attached.
Salinan dokumen yang berkaitan yang telah disahkan mestilah dilampirkan.
- Please submit the application form to:
Sila hantar borang permohonan kepada:
Yayasan Kossan (1170924-X) Room 101, Wisma KOSSAN, Lot 782,
Jalan Sungai Putus, Off Batu 3¾, Jalan Kapar, 42100 Klang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia.
Email : info@yayasankossan.com.my

A. PARTICULARS OF APPLICANT / MAKLUMAT PEMOHON

Name (as per NRIC) <i>Nama (seperti di Kad Pengenalan)</i>		NRIC No. <i>No. Kad Pengenalan</i>	
		Male <i>Lelaki</i>	Marital Status <i>Taraf Perkahwinan</i>
		Female <i>Perempuan</i>	
Residential Address <i>Alamat Kediaman</i>		Phone No. <i>No. Telefon</i>	
		Mobile Phone No. <i>No. Telefon Bimbit</i>	
E-mail Address <i>Alamat emel</i>	Nationality <i>Warganegara</i>	Race <i>Bangsa</i>	Religion <i>Agama</i>

B. MEDICAL HISTORY / SEJARAH PERUBATAN

- Do you smoke?
Adakah anda merokok?
Yes / Ya No / Tidak
- What was the diagnosis of your sickness?
Apakah diagnosis penyakit anda?

- Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy by Doctor of the result .
Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang disahkan oleh Doktor daripada dokumen asal.

- What is the symptoms of this sickness? How long have you been experiencing this symptoms?
Apakah simptom-simptom penyakit anda? Berapa lama anda telah merasai simptom ini?

- Have you ever received any treatment for your sickness? If yes, please furnish the name & address of doctors and date of consultation.
Pernahkah anda menerima rawatan untuk penyakit anda? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan.
Yes / Ya No / Tidak

Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>	Name & Address of Clinic / Hospital <i>Nama & Alamat Klinik / Hospital</i>	Clinic / Hospital Contact No. <i>No. Telefon Klinik / Hospital</i>

C. DECLARATION / PENGAKUAN

I hereby declare that the information given in this application is true and accurate. I am aware and agreeable for Yayasan Kossan to process my information in accordance with the Privacy Notice. I further agree that any misrepresentation of the facts would result my application be disqualified and/or terminated.

Saya sesungguhnya mengakui bahawa maklumat yang dibekalkan bagi permohonan ini adalah benar dan tepat. Saya sedar dan bersetuju untuk Yayasan Kossan memproses maklumat saya berikutan Notis Privasi. Saya juga bersetuju bahawa segala salah nyata fakta akan menyebabkan permohonan saya hilang layak dan dibatalkan.

Applicant Signature

*Tandatangan Pemohon*_____
Name *Nama* :Date *Tarikh* :**D. RECOMMENDATION / CADANGAN (For Office Use Only / Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)**Reviewed by / *Disemakkan Oleh* :1st Approval by / *Diluluskan Pertama Oleh* :2nd Approval by / *Diluluskan Kedua Oleh* :_____
Name *Nama* :Date *Tarikh* :_____
Name *Nama* :Date *Tarikh* :_____
Name *Nama* :Date *Tarikh* :