

**BORANG PERMOHONAN PEMBIAYAAN PEMBEDAHAN
PEMBETULAN KLEF BIBIR DAN LELANGIT
APPLICATION FORM FOR THE FUNDING OF
CLEFT LIP AND PALATE CORRECTIVE SURGERY**



PESAKIT / PATIENT

Nama Anak/Anak Jagaan/Diri Sendiri <i>Child's Name/Patient's Name</i>			
Umur <i>Age</i>		Jantina <i>Gender</i>	
Nombor Sijil Lahir/Kad Pengenalan <i>Birth Certificate/Identity Card Number</i>		Tarikh Lahir <i>Date of Birth</i>	
Jenis Klef (Sila nyatakan) <i>Type of Cleft (Please specify)</i>			
Pembedahan pernah dijalankan sebelum ini? <i>Have you had any surgery before this?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	

IBUBAPA/PENJAGA / PATIENT'S PARENTS/GUARDIAN

Nama Iubapa/Penjaga <i>Name of Parent/Guardian</i>			
Alamat <i>Address</i>			
Nombor Telefon Rumah <i>House Telephone Number</i>		Nombor Telefon Pejabat <i>Office Telephone Number</i>	
Nombor Telefon Bimbit <i>Mobile Phone Number</i>		Emel <i>Email</i>	
Pekerjaan Iubapa/Penjaga <i>Occupation of Parent/Guardian</i>			
Pendapatan Sekeluarga <i>Household Income</i>	RM	Bilangan Anak/Tanggung <i>No. of Children/Dependent</i>	

LAIN-LAIN PERKARA / OTHER MATTERS

Nama dan Alamat Hospital <i>Name and Address of Hospital</i>			
Tarikh Pembedahan akan dijalankan <i>Date of Surgery</i>			
Jenis Pembedahan <i>Type of Surgery</i>			

DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN / DOCUMENTS REQUIRED

Sila lampirkan salinan dokumen asal untuk yang berikut:
Please attach a copy of the documents below:

- Sijil kelahiran/Kad pengenalan
Birth certificate/Identity card
- Kad pengenalan ibubapa/penjaga
Parents'/Guardian's identity card
- Slip gaji ibubapa/penjaga
Parents'/Guardian's payslip
- Gambar sebelum pembedahan
A picture of pre-surgery
- Dokumen sokongan yang lain, sila nyatakan
Other supporting document, please specify

PENGESAHAN / DECLARATION

Saya / no kad pengenalan /
I bearer of IC number

memohon untuk mendapatkan bantuan kewangan bagi pembiayaan pembedahan klef bibir dan/atau lelangit dari Persatuan Klef Bibir and Lelangit Malaysia (CLAPAM) bagi anak/anak jagaan/dirinya sendiri.

would like to apply for financial assistance to support the cost of the cleft lip and/or palate surgery from the Cleft Lip and Palate Association of Malaysia (CLAPAM) for my child/child under my care/myself.

Tandatangan Ibubapa/Penjaga/Pesakit /
Parent/Guardian/Patient Signature

Tarikh /
Date

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE

Permohonan / Diluluskan / Tidak diluluskan
Application / Approved / Not approved

Ulasan /
Remarks

Nama /
Name

Tandatangan / Tarikh /
Signature / Date

Hantarkan borang permohonan yang lengkap diisi kepada:
Mail the completed application form to:

Persatuan Klef Bibir dan Lelangit Malaysia or
CLAPAM (5371/93)
Box No. 611, Lot 4.46A, Tingkat 4,
Wisma Central, Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur

Tel/Fax: 03-21621445
Email: senyum@clapam.org.my
Website: www.clapam.org.my

AIA Touching Lives
c/o Corporate Communications Department
Level 12, Menara AIA
99, Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur

Tel: 03-20561213 Karen / 03-20561214 Lee Khang Chern
Email: my.corpcomms@aia.com
Website: www.aia.com.my