

SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

Introduction to Programme

(Pengenalan Program)

The Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme or famously known as SHAPE is a programme which awards cash incentive to low-income patients diagnosed with HIV, thalassemia, end-stage renal failure and other forms of chronic diseases to help cover the high cost of travelling and other logistic expenses related to their hospital / clinic appointment in town. The programme builds critical linkages between rural, low-income patients with the cutting-edge health services there are already available in major government healthcare facilities, but often out of reach due to structural issues such as poverty, challenging public infrastructure and even poor treatment literacy.

This programme covers three (3) zones in Sarawak State namely Zone A, Zone B and Zone C. The table below shows the areas covered by zones.

(Program Sunway-HOPE Sarawak Health Access atau lebih dikenali sebagai SHAPE ialah program yang memberikan insentif tunai kepada pesakit berpendapatan rendah yang didiagnosis dengan HIV, talasemia, kegagalan buah pinggang peringkat akhir atau lain-lain penyakit kronik. Insentif ini diberikan kepada pesakit untuk membantu menampung kos perjalanan yang tinggi dan perbelanjaan logistik lain yang berkaitan dengan hospital / kemudahan penjagaan kesihatan mereka di bandar. Program ini diwujudkan untuk membantu pesakit yang berpendapatan rendah dengan perkhidmatan kesihatan yang sedia ada di kemudahan penjagaan kesihatan kerajaan utama, tetapi selalunya tidak dapat dicapai kerana isu seperti kemiskinan, infrastruktur awam yang mencabar dan juga literasi rawatan yang lemah.

Program ini meliputi tiga (3) zon di Negeri Sarawak iaitu Zon A, Zon B dan Zon C seperti dalam jadual dibawah.)

Zones (Zon)	Areas (Kawasan)	Incentive Awarded (Nilai Insentif)
A	Betong, Lubok Antu, Spaoh, Engkilili, Sri Aman	RM80.00
B	Maludam, Sebuyau, Sebangon, Simunjan, Serian, Sematan, Lundu	RM40.00
C	Kuching, Asajaya, Samarahan, Siburan, Bau	RM30.00

*This amount awarded may be varied based on evaluation from SHAPE staff by counting distance from patient's house to hospital/clinic that patient receives treatment or get appointment.

*Nilai amaun ini mungkin berbeza berdasarkan penilaian daripada kakitangan SHAPE dengan mengambil kira jarak rumah pesakit dengan hospital/klinik untuk membuat rawatan atau ada temujanji.

Application Form
(Borang Permohonan)
(To be filled by doctor)
(Dilengkapkan oleh doktor)

A. PATIENT'S PARTICULARS (Butiran pesakit)Name (*Nama*): _____Age & Date of Birth (*Umur dan tarikh lahir*): _____IC / Passport No. (*No Kad Pengenalan/Pasport*): _____Address (*Alamat*): __________ Postcode (*Poskod*): _____Telephone Number (*Nombor Telefon*): _____**B. DOCTOR'S PARTICULARS (Butiran Doktor)**Name (*Nama*): _____Designation (*Jawatan*): _____Clinic/Department (*Klinik/Jabatan*): _____Hospital (*Hospital*): _____Address (office) (*Alamat Pejabat*): __________ Postcode (*Poskod*) _____

Tel (Tel): _____ Email (Emel): _____

C. APPLICANT'S MEDICAL STATUS (Status Perubatan Pemohon)

Please indicate the current diagnosis for the patient

Sila nyatakan diagnosis untuk pesakit ini HIV Pediatric Illness Thalassaemia Others (Please specify): _____ End-Stage Renal Failure*Lain-lain (Sila nyatakan):* _____

Treatment Review Needed / Rawatan Susulan Diperlukan:

1 Month / 1 Bulan

4 Month / 4 Bulan

2 Month / 2 Bulan

Others / Lain-Lain

3 Month / 3 Bulan

Doctor's Comment / Ulasan Doctor

Does the patient need parent/caretaker/relative to accompany during hospital/clinic visit?

(Priority will be given to patient under 17 years old, OKU and elderly)

Adakah pesakit memerlukan ibu/bapa/penjaga/saudara sebagai peneman semasa lawatan

hospital/klinik?

(Keutaaman diberi kepada pesakit berusia 17 tahun ke bawah, OKU dan warga tua)

Yes (Ya)

No (Tidak)

**AGREEMENT
(Persetujuan)**

We, _____ [name of the doctor] and
_____ [name of the patient] hereby confirm
that all information provided herein is accurate to the best of our knowledge.

*(Kami, _____ [nama doctor] dan
_____ [nama pesakit] dengan ini mengesahkan bahawa
segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah tepat berdasarkan pengetahuan kami.)*

As the doctor responsible for this patient, I agree to undertake the responsibilities outlined in this Form – should my patient be accepted to take part in the *Sarawak Health Access Programme (SHAPE)*. *Sebagai doktor yang bertanggungjawab kepada pesakit ini, saya bersetuju untuk melaksanakan tanggungjawab yang digariskan borang ini sekiranya pesakit saya diterima penyertaannya dalam program Sarawak Health Access Programme (SHAPE)*

[Doctor's Signature]
(Tandatangan Doktor)

[Patient's Signature]
(Tandatangan Pesakit)

Date: _____
(Tarikh)

SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)**Household Monthly Income Verification Form**
*(Borang Pengesahan Pendapatan Bulanan Keluarga)***PATIENT'S CONSENT (PERAKUAN PESAKIT)**

I hereby declare that the details given are true and correct to the best of my knowledge and belief. Furthermore, I authorize the Malaysian AIDS Foundation – Sarawak Branch to run a background check with the appropriate agencies on my financial declaration. I also accept that, should any of the information given herein is found to be false, Malaysian AIDS Foundation – Sarawak Branch reserves the right to reject my application.

(Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan adalah betul dan benar. Saya seterusnya membenarkan pihak Yayasan AIDS Malaysia – Cawangan Sarawak membuat semakan dengan agensi yang berkaitan mengenai pengakuan kewangan saya ini. Saya juga faham jika keterangan yang diberikan di atas didapati palsu, Yayasan AIDS Malaysia – Cawangan Sarawak berhak untuk menolak permohonan saya.)

.....
Signature (Tandatangan)

.....
Date (Tarikh)

INSTRUCTION

Please complete the form clearly.

Please attach a photocopy of your identification Card, **AND**

For employed patient:

1. Latest ONE (1) month pay slip / voucher payment;
2. Verification Letter from employer; **OR**

For working/self-employed patient:

1. Latest three (3) months bank statement or
2. Verification letter of working or self-employed from Village Head/ JKSP / HIV Counselor / Senior Nurses / Government staff grade 41 and above

ARAHAN

Sila isi borang dengan jelas dan lengkap.

Sila sertakan Salinan KAD Pengenalan **DAN**

Untuk pesakit yang bekerja:

1. SATU (1) bulan slip gaji / baucer bayaran, atau
2. Surat pengesahan bekerja oleh majikan; **ATAU**

Untuk pesakit yang bekerja sendiri / tidak bekerja:

1. Penyata bank tiga (3) bulan terkini, atau
2. Surat pengesahan tidak bekerja atau bekerja sendiri daripada Ketua Masyarakat / Ketua Kampung / JKSP / Jururawat Kanan / Kakitangan kerajaan gred 41 dan ke atas

A. PATIENT'S DETAILS (MAKLUMAT PESAKIT)

Name (*Nama*): _____

Age & Date of Birth (*Umur dan tarikh lahir*): _____

IC / Passport No. (*No Kad Pengenalan/Pasport*): _____

Address (*Alamat*): _____

_____ Postcode (*Poskod*): _____

Telephone Number (*Nombor Telefon*): _____

No. of Dependants (living in same household): _____

(Jumlah tanggungan yang tinggal bersama di dalam satu rumah)

Patient's Relationship with Dependents: _____

(*Hubungan pesakit dengan tanggungan*)

Occupation (*Pekerjaan*) : _____

Monthly Household Income (*Pendapatan Bulanan Seisi Rumah*): RM _____

Email Address (*Alamat Emel*): _____

C. ASSISTANCE DETAILS (MAKLUMAT BANTUAN YANG DITERIMA)

Government Bodies Badan Kerajaan/ Persatuan Lain	If Yes, please tick <input checked="" type="checkbox"/> Jika ada, sila tandakan <input checked="" type="checkbox"/>	Kind of Assistance Jenis Bantuan
Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)		
Perkeso (SOCSSO)		
Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)		
Others (Please specify) Lain-lain (Nyatakan)		

D. VERIFICATION (Welfare Officer/Medical Social Work Officer/HIV Counsellor/Senior Nurse / Village Head)
PENGESAHAN (Pegawai Kebajikan/Pegawai Jabatan Kerja Sosial Perubatan/Kaunselor HIV/Jururawat Kanan/Ketua Kampung)

Comment / Ulasan:

Zone: A B C



Form/Borang B

I hereby certify that the above information is true.

(Saya, dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar)

.....
Signature (Tandatangan)

.....
Date (Tarikh)

Name (Nama): _____

Position (Jawatan): _____

Official Stamp (Cop Rasmi):

SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

Acceptance Form (Borang Penerimaan)

RECIPIENT'S DETAILS (MAKLUMAT PENERIMA)

Name (Nama): _____

IC / Passport No. (No Kad Pengenalan/Pasport): _____

Address (Alamat): _____

I, as the aboved name, hereby acknowledged that I have read and understood all the terms and conditions to follow the Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (SHAPE) as stated in **Appendix 1 of this Form C**. I agree to accept assistance without coercion and all information I provided is true. I agree to abide by all such terms and conditions. I also understand that all decision will be determined by the SHAPE Committee.

*(Saya, seperti nama diatas, dengan ini membuat pengakuan bahawa saya telah membaca dan memahami semua terma dan syarat untuk mengikuti Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (SHAPE) seperti yang tertera dalam **Lampiran 1 Borang C** ini. Saya bersetuju menerima bantuan tanpa paksaan dan semua maklumat yang saya berikan adalah benar. Saya bersetuju untuk mematuhi semua terma dan syarat tersebut. Saya juga memahami bahawa semua keputusan akan ditentukan oleh Jawatan Kuasa SHAPE.)*

RECIPIENT OF THE ASSISTANCE:
(Penerima Bantuan)

Witnessed by:
(Disaksikan oleh)

.....
Name:
Date (Tarikh):

.....
Name:
Date (Tarikh):

LAMPIRAN 1 BORANG C

Terma Dan Syarat Untuk Mengikuti Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (SHAPE)

1. Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (selepas ini dikenali sebagai “SHAPE”) yang dilaksanakan oleh **Yayasan AIDS Malaysian-Cawangan Sarawak**, ini adalah untuk menampung kos perjalanan dari rumah kediaman penerima bantuan (selepas ini dikenali sebagai “penerima”) ke hospital/ klinik kesihatan bagi tujuan mendapatkan rawatan ataupun memenuhi temujanji susulan.
2. Penerima dinasihatkan membuka bank akaun untuk mudah menerima bantuan kewangan.
3. Segala dokumen perlu disimpan dengan baik untuk diperiksa dari semasa ke semasa.
4. Untuk penerima rawatan/ temujanji di **HOSPITAL**.
 - 4.1 Penerima hendaklah mendapatkan tandatangan doktor/ jururawat dalam buku catatan dan perlu disimpan sebagai bukti dan buku catatan tersebut tidak boleh hilang.
 - 4.2 Setelah mendapatkan rawatan, penerima perlu berjumpa dengan pihak Jabatan Kerja Sosial Perubatan (JKSP).
 - 4.3 Pihak JKSP akan mencatatkan kehadiran pesakit dan mendapatkan tarikh temujanji yang seterusnya.
 - 4.4 Pihak JKSP akan memaklumkan kepada kakitangan SHAPE tarikh temujanji yang akan datang.
 - 4.5 Kakitangan SHAPE akan mengurus kemasukan wang bantuan subsidi perjalanan ke dalam bank akaun penerima dalam masa TUJUH (7) hari sebelum tarikh rawatan / temujanji.
5. Untuk penerima rawatan/ temujanji di **KLINIK KESIHATAN**.
 - 5.1 Penerima hendaklah mendapatkan tandatangan doktor/ jururawat dalam buku catatan dan perlu disimpan sebagai bukti dan buku catatan tersebut tidak boleh hilang.
 - 5.2 Setelah mendapatkan rawatan, penerima perlu berjumpa dengan pihak wakil Klinik Kesihatan.

- 5.3 Pihak wakil Klinik Kesihatan akan mencatatkan kehadiran pesakit dan mendapatkan tarikh temujanji yang seterusnya.
- 5.4 Pihak wakil Klinik Kesihatan akan memaklumkan kepada kakitangan SHAPE tarikh temujanji yang akan datang.
- 5.5 Kakitangan SHAPE akan mengurus kemasukan wang bantuan subsidi perjalanan ke dalam bank akaun penerima dalam masa TUJUH (7) hari sebelum tarikh rawatan / temujanji.

6. Program SHAPE ini adalah sah untuk tempoh **SATU (1) tahun** dan perlu diperbaharui pada setiap tahun mengikut syarat-syarat kelayakan yang telah ditetapkan.
7. Penerima SHAPE hendaklah mematuhi jadual temujanji/ rawatan susulan seperti yang telah diatitkan oleh pihak Hospital/ Klinik Kesihatan untuk mengelakkan segala kesulitan.
8. Penerima SHAPE hendaklah **menjaga dan menyimpan** rekod temujanji/ rawatan dan juga rekod pengagihan bantuan yang diterima.
9. Pihak wakil Klinik Kesihatan yang dilantik dan pihak JKSP akan menyimpan rekod dan fail pemohon.
10. Pihak JKSP dan wakil Klinik Kesihatan yang dilantik akan membuat semakan rekod pemohon setiap 3 bulan.

Semua terma dan syarat yang tertera di atas adalah semata-mata untuk memastikan kelancaran pengagihan Program SHAPE ini secara berterusan dan setiap individu yang layak mendapat manfaat sepenuhnya dari program ini.

-TAMAT-

SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAM (SHAPE)**Personal Data Protection Act 2010 Form
(Borang Perlindungan Data Peribadi 2010)****PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 NOTIFICATION TO SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE) BENEFICIARIES UNDER TERATAK KASIH TOK NAN; MALAYSIAN AIDS FOUNDATION, SARAWAK BRANCH SPONSORSHIP****Collection, Recording, Storage and Retention of Personal Information**

The personal data that **MALAYSIAN AIDS FOUNDATION-SARAWAK BRANCH (“MAF-SB”)** collected includes but is not limited to the information made available to us in the Application for Scholarship, Sponsorship Form, documentation relating to the beneficiaries, emails, phone calls, referrals and all other documentation submitted by you to us for purposes relevant or related to your scholarship/sponsorship, including, but not limited to your name, address, e-mail address, photograph, medical status, birth date, phone numbers, identification card and/or passport number, race, gender, bank details, academic results, language and/or communication channel preferences (collectively, **“the personal information”**).

Your personal information may be used for various purposes, including, but not limited to:

- administer and conduct assessment of your application to get sponsorship / scholarship from us,
- administer and conduct assessment of your application to get sponsorship/scholarship from other agencies whether from government or corporate bodies,
- better understand your needs,
- provide services to you,
- improve our products and services,
- process your payment transactions,
- administration purposes,
- conduct our activities,
- security and fraud prevention purposes,
- internal record keeping,
- statistical analysis,
- our branding communications and corporate affairs purposes which include publication in MAF-SB’s printing materials, website and/or electronic media as well as external parties’ printing materials and/or electronic media,

(collectively, **“the Purposes”**).

A person’s medical status is their personal information. It is not appropriate for MAF-SB to share beneficiaries’ medical status without beneficiary’s consent. Beneficiaries must also be provided with information to make informed decisions and understand the consequences of whether to share their status. MAF-SB ensures that beneficiaries are supported to feel comfortable to disclose their status by



Form/Borang D

having this confidentiality notification. This is to support disclosure and protect the right to confidentiality of the beneficiaries. MAF-SB ensures beneficiaries are aware of the consequences of disclosure and are comfortable enough with their status to be open.

To this end, MAF-SB is committed in ensuring the confidentiality, protection, security, and accuracy of your personal information made available to us. In this regard, it is your obligation to ensure that all personal information submitted to us and retained by us are accurate, not misleading, updated and complete in all aspects. For the avoidance of doubt, we and/or the Group and/or its employees or authorized officers or agents will not be responsible for any personal information submitted by you to us that is inaccurate, misleading, incomplete, and not updated.

Further, we also request your assistance to procure the consent of third parties whose personal data is made available by you to us and you hereby agree to use your best endeavors to do so.

You may submit your request for access to your personal data by submitting such request to us in writing to the address below in the event:

- (a) you require access to and/or wish to make corrections to your personal data subject to compliance of such request for access or correction not being refused under the provisions of the Act and/or existing laws;
- (b) you wish to enquire about your personal data; and
- (c) you are no longer agreeable to us retaining, holding or storing your personal data. However, please note that this may result in us not being able to properly perform or discharge our obligations to you.

Malaysian AIDS Foundation-Sarawak Branch,
Quarters Padi, Jalan Crookshank,
93000 Kuching, Sarawak.

Any personal information retained by us shall be destroyed and/or deleted from our records and system in accordance with our retention policy in the event such information is no longer required for the Said Reasons.

We trust that you will consent to the processing of your personal information, and that you have read, understood, and accepted the statements and terms herein.

.....
Name of beneficiaries:
IC Number:

**PEMBERITAHUAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 KEPADA BENEFISIARI PROGRAM
SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE) DIBAWAH YAYASAN AIDS
MALAYSIA – CAWANGAN SARAWAK.**

Pengumpulan, Rakaman, Penyimpanan dan Pengekalan Maklumat Peribadi

Maklumat-maklumat peribadi yang dikumpulkan oleh **Yayasan AIDS Malaysia – Cawangan Sarawak (“MAF-SB”)** adalah termasuk, tetapi tidak terhad kepada maklumat yang disediakan kepada kami dalam Borang Permohonan Tajaan/Biasiswa, dokumen yang berkaitan dengan benefisiari, melalui e-mel, panggilan telefon, rujukan dan segala dokumen yang telah dihantar oleh anda yang berkaitan dengan tajaan/biasiswa, termasuk, tetapi tidak terhad kepada nama anda, alamat kediaman, alamat e-mel, gambar, status kesihatan, tarikh lahir, nombor telefon, nombor kad pengenalan dan/atau pasport, bangsa, jantina, maklumat bank, keputusan akademik, bahasa dan/atau pilihan saluran komunikasi anda (secarakolektif, **“maklumat peribadi”**).

Maklumat peribadi anda boleh digunakan untuk pelbagai tujuan, termasuk, tetapi tidak terhad kepada:

- mentadbir dan membuat penilaian permohonan anda bagi mendapatkan tajaan / biasiswa daripada kami,
- mentadbir dan membuat penilaian permohonan dan bagi mendapatkan tajaan / biasiswa melalui agensi lain sama ada pihak kerajaan atau badan korporat,
- memahami keperluan anda,
- menyediakan perkhidmatan kepada ana,
- memperbaiki produk dan perkhidmatan kami,
- memproses transaksi pembayaran anda,
- bagi urusan-urusan pentadbiran,
- menjalankan aktiviti-aktiviti kami,
- tujuan keselamatan dan pencegahan penipuan,
- tujuan penyimpanan maklumat,
- analisis statistic,
- tujuan penjenamaan, komunikasi dan hal ehwal korporat kami termasuk penerbitan di dalam mana-mana bahan bercetak, laman web dan/atau media elektronik kepunyaan kami serta di dalam mana-mana bahan bercetak dan/atau media elektronik kepunyaan pihak-pihak luar.

Secara kolektif, (**“tujuan-tujuan tersebut”**).

Status kesihatan seseorang adalah maklumat sulit dan peribadi. Adalah salah jika MAF-SB berkongsi maklumat tentang status kesihatan benefisiari tanpa persetujuan benefisiari yang terlibat. Benefisiari juga perlu diberi maklumat oleh MAF-SB untuk membuat satu keputusan dan memahami akibat daripada perkongsian status kesihatan kepada umum. MAF-SB akan memastikan benefisiari disokong dan merasa selesa untuk berkongsi status kesihatan mereka dengan adanya notifikasi data peribadi ini. Dokumen ini adalah untuk menyokong perkongsian status kesihatan dan memastikan hak peribadi yang sulit di kalangan benefisiari dijaga. MAF-SB akan menasihati dan memastikan benefisiari tahu tentang akibat daripada berkongsi maklumat kesihatan status mereka kepada umum dan berasa selesa akibat daripada

perkongsian status kesihatan ini.

Sebagai sebahagian daripada polisi kami, adalah perlu dan penting untuk kami terus mengekalkan maklumat peribadi anda yang disediakan kepada kami, serta mengumpul, merekod, menyimpan dan mengekalkan maklumat peribadi lanjut dan/atau lain-lain apabila diperlukan untuk mana-mana tujuan-tujuan tersebut dan/atau bagi tujuan memenuhi obligasi kami kepada anda berkaitan dengan tujuan-tujuan tersebut dan/atau apa-apa tujuan lain yang berkaitan dengan tujuan-tujuan tersebut, dan/atau tujuan yang relevan atau berkaitan dengan mana-mana tajaan/biasiswa (secara kolektif, “**sebab-sebab tersebut**”).

MAF-SB komited dalam memastikan kerahsiaan, perlindungan, keselamatan dan ketepatan maklumat peribadi anda yang dibekalkan kepada kami. Berkenaan dengan ini, adalah menjadi tanggungjawab anda untuk memastikan bahawa kesemua maklumat peribadi yang diserahkan kepada kami dan disimpan oleh kami adalah tepat, tidak mengelirukan, dikemaskini dan lengkap dalam semua aspek. Bagi mengelakkan keraguan, kami dan/atau Kumpulan dan/atau pekerjaannya atau pegawai yang diberi kuasa atau ejen tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang maklumat peribadi yang diserahkan oleh anda kepada kami yang tidak tepat, mengelirukan, tidak lengkap dan tidak dikemaskini.

Di samping itu, kami juga meminta bantuan anda untuk memperolehi persetujuan daripada pihak ketiga yang data peribadinya telah dikemukakan oleh anda kepada kami dan anda dengan ini bersetuju untuk menggunakan usaha terbaik anda untuk berbuat demikian.

Anda boleh, mengemukakan permintaan untuk akses kepada data peribadi anda dengan mengemukakan permohonan bertulis kepada kami jika:

- (a) anda memerlukan akses kepada dan/atau ingin membuat pembetulan kepada data peribadi anda, tertakluk kepada pematuhan permintaan untuk akses atau pembetulan itu tidak ditolak di bawah peruntukan Akta tersebut dan/atau undang-undang yang sedia ada;
- (b) anda ingin membuat pertanyaan mengenai data peribadi anda;
- (a) anda tidak lagi bersetuju dengan kami memegang, menyimpan atau mengekalkan data peribadi anda. Walau bagaimanapun, sila ambil perhatian bahawa ini mungkin menyebabkan kami tidak dapat melaksanakan atau menunaikan tanggungjawab kami kepada anda.

Yayasan AIDS Malaysian – Cawangan Sarawak
Quarters Padi, Jalan Crookshank,
93000 Kuching, Sarawak.

Sebarang maklumat peribadi yang dikekalkan oleh kami akan dimusnahkan dan/atau dipadamkan daripada rekod dan sistem kami selaras dengan dasar pengekalan yang terpakai oleh kami jika maklumat tersebut tidak lagi diperlukan bagi tujuan-tujuan tersebut.

Kami percaya bahawa anda akan memberi persetujuan untuk pemprosesan maklumat peribadi anda, dan anda mengaku bahawa anda telah membaca, memahami dan menerima pernyataan- pernyataan dan



Form/Borang D

terma-terma yang terkandung di dalam ini.

.....

Nama benefisiari:

Nombor Kad Pengenalan:

-TAMAT-

SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

Disbursement Form (Borang Pembayaran)

Patient ID: _____

Date: _____

A. DISBURSEMENT FORM (BORANG PEMBAYARAN)

District / Zone	Zone A: Betong / Lubok Antu / Spaoh / Engkilili / Sri Aman Zone B: Maludam / Sebuyau / Sebanggan / Simunjan / Serian / Sematan / Lundu Zone C: Kuching / Asajaya / Samarahan / Siburan / Bau
Follow Up Clinic/Hospital/Department	
Appointment Date	
Next Appointment Date	
Patient's Name	
Patient's Identity Card Number	
Mobile Phone Number	
Bank	
Account Bank Number	
Amount	

B. FOR OFFICE USE ONLY (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)

Transaction Date	
Reference No.	
Remark	

<p>Prepared by:</p> <p>.....</p> <p>(Name) Position</p>	<p>Issued by:</p> <p>.....</p> <p>(Name) Finance Officer</p>	<p>Validated by:</p> <p>.....</p> <p>Mr. Nagappa Director OSD</p>
-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------