

## GARIS PANDUAN BORANG BAGI SKIM BANTUAN MY LADY

No	Perkara	Nota Tambahan	Status Dokumen
1	BORANG A – Borang Permohonan	Diisi oleh Pemohon (Wanita)	
2	BORANG B – Borang Status Perubatan Pemohon	Perlu diisi dan <b>wajib</b> di sahkan cop oleh pihak Doktor	
5	BORANG C – Surat Jaminan	Perlu diisi oleh pemohon dengan seorang penjamin sama ada suami/adik beradik/ibu bapa	
6	SURAT AKAUN PENGESAHAN PENDAPATAN	Perlu diisi oleh pemohon yang tiada penyata gaji dan <b>wajib</b> di sahkan cop oleh pegawai kerajaan gred 41 dan ke atas (Doktor/Penghulu kampung/Pejabat Suruhanjaya Sumpah)/ Pegawai Kerja Sosial Perubatan	
7	SALINAN KAD PENGENALAN	Salinan kad pengenalan <b>wajib</b> di sahkan oleh pegawai kerajaan gred 41 dan ke atas (Doktor/Penghulu kampung/Pejabat Suruhanjaya Sumpah)/ Pegawai Kerja Sosial Perubatan	
8	BIL API/AIR	Salinan asal bil api/air <b>wajib</b> di sahkan cop oleh pegawai kerajaan gred 41 dan ke atas (Doktor/Penghulu kampung/Pejabat Suruhanjaya Sumpah)/ Pegawai Kerja Sosial Perubatan	
9	PENYATA KEWANGAN	Jika perlu	
10			
11			
12			

### **PROSEDUR**

1. Selepas peserta menerima borang permohonan MyLady dari kakitangan MAF, peserta perlu mencetak borang-borang tersebut dan mengisi maklumat yang diperlukan.
2. Pastikan maklumat adalah lengkap sebelum menghantar borang tersebut kepada pihak Hospital. Peserta dikehendaki merujuk kepada Doktor yang merawat/Kaunselor HIV.
3. Jika borang-borang tersebut telah lengkap diisi oleh pihak hospital, peserta perlu menghantar/pos borang permohonan dan dokumen-dokumen sokongan (Salinan asal) kepada pihak MAF. (Alamat seperti dibawah).

*Bagi mempercepatkan proses permohonan, peserta dicadangkan untuk mengambil gambar setiap muka surat borang yang telah diisi dan hantar melalui WhatsApp kepada Puan Rose (0123699906) untuk semakan sebelum menghantar/pos kepada pihak MAF. Pastikan gambar yang diambil adalah jelas bagi memudahkan proses semakan.*

Alamat untuk dihantar :

**YAYASAN AIDS MALAYSIA  
NO 12, JALAN 13/48A,  
SENTUL RAYA BOULEVARD SHOP OFFICE,  
OFF JALAN SENTUL  
51000 KUALA LUMPUR  
Att : PUAN ROSNAH BINTI MOHAMAD NOOR  
: 012 3699906**

# SKIM BANTUAN MYLADY



## BORANG A

*Borang Permohonan*

### MAKLUMAT PEMOHON

*(Sila isikan dengan huruf besar)*

Nama Penuh *(seperti yang tertera di dalam kad pengenalan)*:

---

No. Kad Pengenalan

No. Telefon:

Kewarganegaraan:

---

Alamat Tempat Tinggal (Semasa):

---

---

Poskod:

Negeri:

---

Tarikh Lahir:

Umur:

---

Bangsa:

Melayu

Cina

India

Lain-lain: \_\_\_\_

Agama:

Islam

Buddha

Hindu

Lain – lain: \_\_

Pekerjaan:

Pendapatan Bulanan:

---

Jika tidak bekerja, sila nyatakan pekerjaan yang terakhir:

---

**MAKLUMAT KELUARGA ATAU TANGGUNGAN***(Sila berikan maklumat ahli keluarga yang tinggal bersama dan/atau dibawah tanggungan pemohon)*

NO.	NAMA	JANTINA	UMUR	HUBUNGAN	PEKERJAAN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**MAKLUMAT KEDIAMAN***(Sila tandakan (X) pada ruang yang berkaitan)*

STATUS KEDIAMAN	JENIS RUMAH	KEMUDAHAN
Milik sendiri	Kayu	Telefon Bimbit
Sewa	Batu + Kayu	Peti Sejuk
Majikan	Batu	TV / Astro
Rumah Kedai	Flat	Dapur
Bantuan PPRT	Rumah Kos Rendah	Elektrik
	Semi D	Air
	Kondominium	Internet

Adakah anda tinggal di rumah sendiri, keluarga atau rumah kebajikan?

 Rumah sendiri     
 Rumah Keluarga     
 Rumah Kebajikan     
 Lain -lain

Adakah anda membayar sewa untuk rumah? Jika ya, sila nyatakan jumlah sewa bulanan.

 Ya     
 Tidak     
Sewa Bulanan: RM\_\_

**MAKLUMAT KEWANGAN***(Sila tandakan (X) pada ruang yang berkaitan)*

Adakah keluarga anda menerima sumbangan kewangan selain dari pendapatan bulanan?

 Ya Tidak

Jika YA, tandakan petak yang sesuai dan berikan jumlah sumbangan bulan. Anda boleh menandakan lebih dari satu petak

Bantuan Kerajaan	<input type="checkbox"/> SOCSO Jumlah: RM _____ sebulan
	<input type="checkbox"/> Kebajikan Jumlah: RM _____ sebulan

Bukan Kerajaan	1) Nama NGO: _____ Jumlah bantuan: RM _____ sebulan
	2) Nama NGO: _____ Jumlah bantuan: RM _____ sebulan
	3) Nama NGO: _____ Jumlah bantuan: RM _____ sebulan

Sanak-Saudara	Sila nyatakan hubungan pertalian
	1) Nama dan pertalian _____ Jumlah bantuan: RM _____ sebulan
	2) Nama dan pertalian / Name and relations _____ Jumlah bantuan: RM _____ sebulan

**MAKLUMAT PERMOHONAN**

(Sila isikan tempat kosong)

**NOTA:**

Pemohon bantuan boleh memilih dan/atau mempunyai pilihan samada:

1. Pemohon yang ingin memulakan perniagaan (sila isi di BAHAGIAN A) ataupun,
2. Pemohon yang ingin mendapatkan penempatan kerja (sila isi di BAHAGIAN B)

**BAHAGIAN A: PERMULAAN PERNIAGAAN (Sekiranya anda ingin bantuan untuk memulakan perniagaan)**

Adakah anda mempunyai pengalaman berniaga sebelum ini?

Ya

Tidak

Jika YA, sila nyatakan jenis perniagaan anda: \_\_\_\_\_

Sila tandakan (X) bagi kategori yang disenaraikan dibawah berdasarkan minat dan jenis perniagaan yang ingin diceburi jika permohonan anda layak dan berjaya.

Kemahiran Memasak		Kemahiran Solekan	
Kemahiran Menjahit		Perniagaan Atas Talian	
Kemahiran Kraftangan		Lain-Lain (Sila Nyatakan):	

Adakah anda mempunyai minat untuk memulakan perniagaan berdasarkan kategori yang disenaraikan di atas? Jika berminat, sila nyatakan dibawah beserta pengalaman memulakan perniagaan sebelum ini (*tidak melebihi 50 patah perkataan*).

---

---

---

---

---

---

**BAHAGIAN B: PENEMPATAN KERJA (Sekiranya anda ingin bantuan untuk mendapatkan penempatan kerja)**

Adakah anda mempunyai pengalaman bekerja sebelum ini?

Ya

Tidak

Jika YA, sila nyatakan pekerjaan semasa anda: \_\_\_\_\_

Jika TIDAK, sila nyatakan bidang kerja yang ingin diceburi:

Perhotelan

Perindustrian

Lain-Lain: \_\_

Tahap Pendidikan:

UPSR

PMR

SPM

STPM/DIPLOMA

IJAZAH

Sila huraikan pengalaman bekerja anda sebelum ini (*tidak melebihi 50 patah perkataan*)

---

---

---

---

---

---

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

**Tarikh Dokumen Diterima:**

**Tarikh Penilaian:**

**Diserahkan Oleh:**

**Keputusan MAS Committee Review Panel:**

**Komen:**

**BORANG B***Borang Status Perubatan Pemohon***NOTA:**

Borang ini wajib diisi oleh Doktor bertauliah yang merawat pemohon bagi tujuan pengesahan status HIV pemohon

**MAKLUMAT DOKTOR***(Sila isikan dengan huruf besar)*

<b>Nama Doktor</b>	
<b>Jawatan</b>	
<b>Hospital</b>	
<b>Alamat Pejabat</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Faximili</b>	
<b>Emel</b>	
<b>Nombor Majlis Perubatan Malaysia</b>	
<b>Sijil Pengamalan Tahunan</b>	

**STATUS PERUBATAN PEMOHON** *(diisi oleh Doktor yang merawat)*Nama Penuh *(seperti yang tertera di dalam kad pengenalan):*

\_\_\_\_\_

Status Perkahwinan:

 Berkahwin Tidak Berkahwin Ibu Tunggal

Kiraan CD4:

Tarikh Ujian CD4 Terkini:

Kiraan Muatan Virus:

Tarikh Ujian Muatan Virus:

\_\_\_\_\_

Adakah pesakit sedang menjalani terapi ARV?

 Ya Tidak

Adakah pesakit ini mematuhi terapi dan rawatan susulan klinikal setakat ini?

Ya

Tidak

Jika ya, sila tandakan petak sesuai untuk menunjukkan ubat-ubat yang sedang diambil oleh pesakit pada masa sekarang.

NAMA ARV	DOS	NAMA ARV	DOS
<input type="checkbox"/> Didanosine (ddl)		<input type="checkbox"/> Indinavir	
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC)		<input type="checkbox"/> Nevirapine	
<input type="checkbox"/> Ritonavir – gel		<input type="checkbox"/> Saquinavir	
<input type="checkbox"/> Stavudine (d4T)		<input type="checkbox"/> Zidovudine	
<input type="checkbox"/> Ritonavir – liquid		<input type="checkbox"/> Nelfinavir	
<input type="checkbox"/> Zalcitabine (ddc)		<input type="checkbox"/> Efavirenz	
<input type="checkbox"/> Darunavir		<input type="checkbox"/> Lain-Lain: _____	

Adakah pemohon menghadapi penyakit yang boleh mengancam nyawa sekaligus mengurangkan jangka hayat kurang daripada 6 bulan?

Ya

Tidak

Adakah pemohon mempunyai sebarang penyakit yang tidak berkaitan dengan HIV seperti penyakit barah atau penyakit hati tahap akhir?

Ya

Tidak

#### PERAKUAN DOKTOR

Dengan ini, saya \_\_\_\_\_ (*nama doktor*) mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dalam pengetahuan saya.

Pada masa yang sama saya bersetuju untuk memikul tanggungjawab berikut sekiranya pesakit saya dimasukkan ke dalam program ini.

- Memastikan pesakit saya menyerahkan Laporan Perkembangan Status Perubatan setiap 6 bulan sekali kepada Yayasan AIDS Malaysia
- Memaklumkan kepada Yayasan AIDS Malaysia sekiranya pesakit saya meninggal dunia atau di hospital
- Memaklumkan kepada Yayasan AIDS Malaysia sekiranya pesakit ini dipindahkan ke doktor yang lain

Tandatangan Doktor

Tarikh: \_\_\_\_\_

Cop Rasmi Hospital



## SKIM BANTUAN MYLADY

### BORANG C

Surat Jaminan

#### SURAT JAMINAN

(Sila lampirkan bersama salinan kad pengenalan penjamin)

#### SURAT JAMINAN

ENCIK JASMIN JALIL  
Pengarah Eksekutif  
Yayasan AIDS Malaysia  
No. 12, Jalan 13/48A, The Boulevard Shop Office,  
Off Jalan Sentul, 51000 Kuala Lumpur  
MALAYSIA

Tarikh:

Tuan,

#### **SUBJEK: JAMINAN UNTUK PEMBAYARAN BALIK BAGI SKIM BANTUAN MYLADY**

Saya, bertandatangan di bawah ini, \_\_\_\_\_ (*nama penjamin*) bernombor kad pengenalan \_\_\_\_\_ dengan ini tidak boleh membatalkan sebagai penjamin utama bagi pihak \_\_\_\_\_ (*nama peminjam*) bernombor kad pengenalan \_\_\_\_\_ (selepas ini dirujuk sebagai "Peminjam" kepada Yayasan AIDS Malaysia (selepas ini dirujuk sebagai "MAF") dengan jumlah pinjaman yang telah dipersetujui seperti yang dinyatakan dalam Perjanjian yang ditandatangani antara \_\_\_\_\_ (*nama peminjam*) dan pihak MAF (selepas ini dirujuk sebagai "Perjanjian").

Setelah menerima tuntutan bertulis pertama yang dihantar oleh MAF kepada saya menyatakan bahawa Peminjam gagal memenuhi salah satu kewajipan kontraknya, bayaran hendaklah dibuat tanpa sebarang bantahan atau prosiding undang-undang. Saya berjanji untuk tidak menentang tuntutan bayaran dan/ atau melambatkan pembayaran atas apa jua sebab sekalipun. Saya akan memaklumkan kepada anda secara bertulis sebaik sahaja pembayaran telah dibuat.

Selain itu, saya bersetuju bahawa tiada pindaan kepada terma perjanjian yang ditandatangani antara MAF dan Peminjam yang boleh membebaskan saya daripada kewajipan saya di bawah jaminan ini. Saya mengetepikan hak saya untuk dimaklumkan mengenai apa-apa perubahan, penambahan atau pindaan terhadap Perjanjian ini.

Saya telah mengambil perhatian bahawa jaminan kewangan sekarang akan terus berkuatkuasa sehingga pembayaran baki pinjaman telah dibuat kepada MAF menurut terma perjanjian. MAF berjanji untuk melepaskan jaminan dalam tempoh enam puluh (60) hari selepas pembayaran itu.

Jaminan ini adalah dibawah kuasa undang-undang yang terpakai untuk perjanjian itu. Mahkamah yang mempunyai bidang kuasa untuk perkara-perkara yang berkaitan dengan perjanjian ini hendaklah mempunyai bidang kuasa berkenaan dengan perkara-perkara yang berhubungan dengan jaminan ini.

Jaminan ini akan mula berkuatkuasa apabila tandatangani.

Yang benar,

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Penjamin

**MAKLUMAT PENJAMIN (diisi oleh penjamin)**

<b>Nama Penuh Penjamin</b>	
<b>No. Kad Pengenalan</b>	
<b>Alamat Rumah Terkini</b>	
<b>No. Telefon Yang Boleh Dihubungi</b>	
<b>Pekerjaan</b>	
<b>Alamat Pejabat</b>	
<b>Hubungan Dengan Peminjam</b>	

---

---

---

---

---

---

---

---

URUSETIA MYLADY ASSISTANCE SCHEME  
YAYASAN AIDS MALAYSIA  
NO.12, JALAN 13/48A  
THE BOULEVARD SHOP OFFICE  
OFF JALAN SENTUL  
51000 KUALA LUMPUR

TARIKH:

Tuan, Puan

**AKUAN PENGESAHAN PENDAPATAN**

Dengan segala hormatnya, perkara di atas adalah dirujuk.

2. Saya seperti nama dan alamat di atas, bernombor kad pengenalan \_\_\_\_\_ dengan ini mengakui bahawa saya merupakan \_\_\_\_\_ (pekerjaan) dengan pendapatan kasar bulanan sebanyak \_\_\_\_\_

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

.....

Nama: \_\_\_\_\_

**PENGESAHAN**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa segala maklumat yang diberikan di atas adalah benar.

Tandatangan : .....  
Nama : .....  
No Kad Pengenalan : .....  
Jawatan : .....  
Tarikh : .....

COP RASMI

Pengesahan hanya boleh dibuat oleh Ketua JKKK Kampung/ Pegawai Kerajaan Gred 41/ Pegawai Jabatan Kerja Sosial Perubatan