



In Collaboration with:



BORANG A

POSITIVE AUDACIOUS LIVING (PAL SCHEME) (Skim PAL)

SKIM BANTUAN PERUBATAN

Skim PAL merupakan program bantuan perubatan yang dikendalikan oleh Yayasan AIDS Malaysia (Malaysian AIDS Foundation-MAF).

Dimulakan pada tahun 1998, skim ini memberikan peluang kepada warganegara Malaysia yang hidup dengan HIV yang berkemampuan rendah untuk menjalani rawatan antiretroviral (ARV) dengan tujuan utama untuk memanjangkan jangka hayat di samping meningkatkan kualiti kehidupan mereka.

Rawatan ARV merupakan pendekatan terkini dalam pengurusan klinikal HIV yang menggabungkan dua jenis ubat nucleoside reverse transcriptase inhibitor dengan ubat-ubatan kelas lain seperti non- nucleoside reverse transcriptase inhibitor atau protease inhibitor.

Kombinasi rawatan ini telah terbukti berkesan dalam mengawal replikasi HIV secara berterusan. Dengan cara ini, muatan virus dalam badan dapat dikekalkan pada tahap yang rendah dan tidak dapat dikesan. Ini dapat memanjangkan jangka hayat pesakit.

(KRITERIA KELAYAKAN PESAKIT)

a) Kriteria Perubatan

- Kiraan CD4 kurang daripada 350 pada dua ujian terakhir yang diambil sekurang-kurangnya satu bulan yang berasingan (tarikh ujian mestilah sekurang-kurangnya dua bulan dari tarikh permohonan).
- Pesakit mestilah menunjukkan tahap kepatuhan yang tinggi dalam menjalani rawatan dan susulanklinikal.
- Pesakit tidak mempunyai sebarang penyakit yang boleh mengancam nyawa dengan jangka hayatkurang dari 6 bulan.
- Pesakit tidak mempunyai sebarang penyakit terminal (yang tidak berkaitan dengan HIV) seperti barah dan penyakit hati di tahap akhir.

b) Kriteria Bukan Perubatan

- Warganegara Malaysia
- 17 tahun ke atas
- Pendapatan bersih isi rumah bulanan yang kurang daripada RM3,000

PENCALONAN, PEMILIHAN DAN PERSETUJUAN PESAKIT

a) Pendaftaran Doktor

- Hanya doktor yang berdaftar di bawah Majlis Perubatan Malaysia layak untuk terlibat dengan Skim PAL.

b) Pemilihan Pesakit

- Pesakit harus membaca dan mengetahui maklumat asas pada **Borang A** dan membawanya ke Doktor.
- Pesakit harus mendapatkan Doktor ID untuk mengisi **Borang B (Borang Maklumat Permohonan)** yang mesti disahkan oleh Doktor dan pesakit.
- Pesakit perlu mengisi **Borang C (Pendapatan Bulanan Isi Rumah)** dan mendapat pengesahandari Pegawai Kerja Sosial Perubatan Hospital.
- Pesakit perlu mengisi persetujuan kepada **Borang D, Akta Perlindungan Data Peribadi**.
- Pesakit akan menghantar semua borang yang lengkap (A, B, C dan D) serta dokumen sokongan kepada Hospital / Jabatan Kerja Sosial Perubatan di hospital untuk proses selanjutnya.
- Hospital/ Jabatan Kerja Sosial Perubatan akan memastikan bahawa semua dokumen diisi dan dokumen sokongan yang diperlukan dilampirkan.
- Kesemua boring permohonan beserta dokumen sokongan yang lain hendaklah diserahkan kepada MAF ke alamat yang dinyatakan untuk diproses dalam tempoh masa 30 hari selepas diterima.
- **Dilarang menggunakan sama sekali pita atau cecair pemadam di atas borang permohonan.**

PENAMATAN PENAJAAN

MAF berhak untuk menamatkan penajaan sebelum tamat tempoh persetujuan berdasarkan keputusan doktor untuk menghentikan rawatan pesakit atas sebab-sebab berikut:

- Pesakit tidak mengikut rawatan secara teratur
- Tahap kesihatan yang merosot

Doktor yang membuat keputusan untuk menghentikan rawatan pesakit akan menyerahkan surat rasmi secara bertulis kepada pihak MAF yang menyatakan sebab-sebab keputusan tersebut dibuat. Setiap pemberhentian pesakit akan digantikan dengan pesakit lain yang berada dalam Senarai Menunggu.

TANGGUNGJAWAB YAYASAN AIDS MALAYSIA

Untuk memastikan skim ini berjalan dengan jayanya, MAF bertanggungjawab untuk:

- Memastikan segala data peribadi pesakit disimpan secara sulit
- Memastikan ubat-ubatan dihantarkan dengan segera ke hospital
- Memaklumkan kepada semua doktor yang terlibat sama ada pesakit dapat menyambung rawatan di bawah tajaan atau sebaliknya sekurang-kurangnya sebulan sebelum tamat tempoh penajaan).

MAF membiayai satu jenis ubat ARV untuk setiap pesakit yang dipilih dengan mengetahui bahawa pihak kerajaan membiayai ARV kedua secara percuma. Diharapkan pesakit dapat menampung kos rawatan ARV yang ketiga bagi membolehkan mereka meneruskan terapi ini.

BORANG B



POSITIVE AUDACIOUS LIVING (PAL SCHEME)

SKIM PAL

Skim Bantuan Perubatan
Sebuah projek Yayasan AIDS Malaysia

In Collaboration with:



Borang Permohonan

(Dilengkapkan oleh doktor)

A. BUTIRAN PESAKIT

Nama : _____

Umur & Tarikh Lahir : _____

No Kad Pengenalan/Pasport : _____

Alamat : _____

_____ Poskod : _____

No. Telefon : _____

No. Telefon Waris : _____

Jumlah tanggungan yang tinggal bersama di dalam rumah : _____

Hubungan pesakit dengan tanggungan: _____

Pendapatan isi rumah bulanan : RM _____

B. BUTIRAN DOKTOR

Nama : _____

Jawatan : _____

Klinik/Jabatan:

Hospital : _____

Alamat Pejabat : _____

_____ Poskod : _____

Tel : _____ Faks : _____

Emel : _____

C. STATUS PERUBATAN PEMOHON

Kiraan CD4 semasa & Tarikh diambil: _____

Kiraan CD4 sebelum & Tarikh diambil: _____

Tahap muatan virus semasa & Tarikh diambil:
(*Viral load*) _____

Tahap muatan virus sebelum & Tarikh diambil:
(*Viral load*) _____

Adakah pemohon sekarang menjalani rawatan antiretroviral? Sila tandakan di dalam kotak yang berkenaan. Ya Tidak

Jika ya, sila tandakan di dalam kotak yang disediakan di bawah bagi jenis ubat antiretroviral yang sedang diambil oleh pemohon. Sila nyatakan juga dos dan bagaimana pemohon membiayai kos rawatanyang dijalani sekarang – sekiranya ditanggung oleh kerajaan, sila nyatakan juga:

BORANG B

Nama generik	Kelas	Dos	Dibiayai oleh
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC)	NRTI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Truvada (Tenvir-Em)	NRTI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Zidovudine (AZT)	NRTI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Crixivan (indinavir)	PI	_____	_____
<input type="checkbox"/> Saquinavir (invirase)	PI	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ritonavir	PI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Kaletra	PI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Neveripine	NNRTI	_____	_____
Komen : _____			
<input type="checkbox"/> Efavirenz (Stocrin)	NNRTI	_____	_____
Komen : _____			

Adakah pemohon menghidapi penyakit yang boleh mengancam nyawa sekaligus mengurangkan jangka hayat kurang dari 6 bulan?

Ya Tidak

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

Ya Tidak

D. JENIS BANTUAN PERUBATAN YANG DIMOHON

Sila tandakan SATU jenis rawatan antiretroviral yang dimohon untuk pesakit

Nama Generik	Kelas	Dos
<input type="checkbox"/> Crixivan (Indinavir)	PI	_____
<input type="checkbox"/> Saquinavir (Invirase)	PI	_____
<input type="checkbox"/> Kaletra	PI	_____
<input type="checkbox"/> Tenofovir/emtricitabine	NRTI	_____
<input type="checkbox"/> Ritonavir	PI	_____
<input type="checkbox"/> Raltegravir	Intergrase Inhibitors	_____
<input type="checkbox"/> Dolutegravir	Intergrase Inhibitors	_____
<input type="checkbox"/> Others (<i>lain-lain</i>)	_____	_____

Sebab pertukaran kepada rawatan antiretroviral ini:

PERSETUJUAN

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

Sebagai doktor yang bertanggungjawab kepada pesakit ini, saya bersetuju untuk melaksanakan tanggungjawab yang digariskan dalam "BORANG A – PENDAFTARAN" sekiranya pesakit saya diterima penyertaannya dalam Skim PAL Yayasan AIDS Malaysia.

(Tandatangan Doktor)

(Tandatangan Pesakit)

Tarikh : _____



In Collaboration with:



BORANG C

BORANG PENGESAHAN PENDAPATAN BULANAN KELUARGA CALON PROGRAM PENAJAAN SKIM PAL

ARAHAN:

Sila isi borang dengan jelas dan lengkap
Sila sertakan salinan Kad Pengenalan DAN

Bekerja ;

1. Penyata KWSP terkini atau
2. Surat pengesahan jawatan oleh majikan

Bekerja Sendiri ;

1. Penyata Bank Tiga Bulan terkini dan
2. Surat sokongan oleh Pegawai Gred A Kerajaan (Doktor/JKKK/ Pegawai Kebajikan Perubatan Gred 41 ke atas)

A. MAKLUMAT CALON

1. Nama Penuh : _____
2. No. Kad Pengenalan : _____
3. Alamat : _____

4. No. Telefon Calon : _____
5. No. Telefon Waris : _____
6. Pekerjaan : _____
7. Pendapatan Bulanan : _____
8. *Emel* : _____

B. MAKLUMAT TANGGUNGAN KELUARGA

Anak-anak yang telah bekerja atau berumahtangga dan berumur 21 tahun ke atas **tidak termasuk** di bawah tanggungan ibubapa/penjaga, walau bagaimanapun pengecualian diberikan kepada anak kurang upaya atau masih menuntut di Institusi Pengajian Tinggi di peringkat Ijazah Pertama

Bil.	Nama	Umur	Perhubungan	Nama Institusi (Sekolah/ Kolej / IPTA / IPTS / dll)	Nilai Biasiswa / Bantuan setahun (jika ada) RM

(Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruang di atas tidak mencukupi)

C. PERAKUAN CALON

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan adalah betul dan benar. Saya seterusnya membenarkan pihak Yayasan AIDS Malaysia 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 berhak untuk menolak permohonan saya.

.....

(Tarikh)

.....

(Tandatangan)

D. PENGESAHAN (DOKTOR/ PEGAWAI KEBAJIKAN PERUBATAN GRED 41 KE ATAS)

Ulasan:

(Dengan ini saya mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar.)

.....

(Tarikh)

.....

(Tandatangan)

Nama :

No. KP :

Jawatan :

Cop Rasmi :

BORANG D *(Versi Bahasa Malaysia)*



In Collaboration with:



PEMBERITAHUAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 KEPADA BENEFISIARI YAYASAN AIDS MALAYSIA **Pengumpulan, Rakaman, Penyimpanan dan Pengekalan Maklumat Peribadi**

Maklumat-maklumat peribadi yang telah sebelum ini dikumpul oleh **Yayasan AIDS Malaysia** ["YAM"] 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 HIV, tarikh lahir, nombor telefon, nombor kad pengenalan dan/atau pasport, bangsa, jantina, maklumat bank, keputusan akademik, bahasa dan/atau pilihan saluran komunikasi anda (secara kolektif, "**maklumat peribadi**").

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

- Untuk mentadbir dan membuat penilaian permohonan anda bagi mendapatkan tajaan/biasiswa daripada kami
- Untuk mentadbir dan membuat penilaian permohonan anda bagi mendapatkan tajaan/biasiswa melalui agensi lain samada pihak kerajaan atau badan korporat
- Untuk memahami keperluan anda
- Untuk menyediakan perkhidmatan kepada anda
- Untuk memperbaiki produk dan perkhidmatan kami
- Untuk memproses transaksi pembayaran anda
- Bagi urusan-urusan pentadbiran
- Untuk menjalankan aktiviti-aktiviti kami
- Untuk tujuan keselamatan dan pencegahan penipuan
- Untuk tujuan penyimpanan maklumat
- Untuk analisis statistik
- Untuk 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
- Bagi mematuhi Akta Syarikat 1965
- Untuk tujuan tadbir urus korporat kami

(secara kolektif, "**Tujuan-Tujuan tersebut**")

Benefisiari yang hidup dengan HIV tidak wajib untuk mendedahkan status HIV kepada YAM. Status HIV seseorang adalah maklumat sulit dan peribadi. Adalah salah jika YAM berkongsi maklumat tentang status HIV Benefisiari tanpa persetujuan Benefisiari yang terlibat. Benefisiari juga perlu diberi maklumat oleh YAM untuk membuat satu keputusan dan memahami akibat daripada perkongsian status HIV kepada umum. YAM akan memastikan Benefisiari yang hidup dengan HIV disokong dan merasai selesa untuk berkongsi status HIV mereka dengan adanya notifikasi data peribadi ini. Dokumen ini adalah untuk meyokong perkongsian status HIV dan memastikan hak peribadi yang sulit di kalangan Benefisiari yang hidup dengan HIV dijaga. YAM akan menasihati dan memastikan Benefisiari yang hidup dengan HIV tahu tentang akibat daripada berkongsi maklumat HIV status mereka kepada umum dan berasa selesa akibat daripada perkongsian status HIV ini.

BORANG D

(Versi Bahasa Malaysia)

Ini adalah kunci untuk penglibatan kesemua pihak dalam organisasi YAM tanpa mengira status HIV masing-masing. Adalah penting bagi YAM untuk mengiktiraf potensi keseluruhan Benefisiari dalam melibatkan Benefisiari yang terbuka dalam berkongsi status HIV mereka. Ini dapat mengelak stigma terhadap HIV dan konsep yang salah tentang HIV, walaupun adanya akibat yang tidak diinginkan daripada berkongsi status HIV kepada umum.

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**")

Sila maklum bahawa maklumat peribadi anda boleh didedahkan, disebarikan atau dipindahkan di kalangan staf YAM (termasuk ahli-ahli gabungan YAM dan pemberi dana tempatan dan luar negara), samada pada masa sekarang atau pada masa hadapan (secara kolektif, "**Kumpulan**"), rakan niaga atau kepada mana-mana organisasi pihak ketiga atau pihak yang menyediakan perkhidmatan pentadbiran (termasuk tetapi tidak terhad kepada ruang simpanan awan dan penyelenggaraan rekod-rekod) atau perkhidmatan lain kepada Kumpulan, atau terlibat dalam mana-mana perlaksanaan korporat yang dilaksanakan oleh Kumpulan, di dalam atau di luar Malaysia bagi tujuan memenuhi obligasi kami kepada anda berkaitan dengan Tujuan-Tujuan tersebut dan/atau apa-apa tujuan lain yang berkaitan dengan Tujuan-Tujuan tersebut bagi dan berkenaan dengan Sebab-Sebab Tersebut.

Untuk tujuan ini, kami 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;
- (c) 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 Malaysia
No. 12, Jalan 13/48A,
The Boulevard Shop Office,
Off Jalan Sentul, 51000 Kuala Lumpur, Tel: 03 4047 4222

BORANG D
(Versi Bahasa Malaysia)

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 terma-terma yang terkandung di dalam ini.

.....
Nama Benefisiari:
Nombor Kad Pengenalan:



Borang Persetujuan Penerimaan
BORANG E

In Collaboration with:



POSITIVE AUDACIOUS LIVING (PAL) SCHEME
Medicine Assistance Scheme

SKIM PAL
Skim Bantuan Perubatan

Pengesahan Pesakit

Dilengkapkan oleh pesakit yang dicalonkan dan Doktor

Saya, _____ (nama pesakit) _____ (no. kad pengenalan/pasport) mengesahkan perkara di bawah:

- 1) Saya bersetuju untuk menerima tawaran menyertai Skim PAL bermula _____ (tarikh permulaan) sehingga _____ (tarikh tamat) dan mendapatkan ubat yang ditaja secara selang sebulan.
- 2) Saya sudah membaca dan memahami terma-terma dan syarat-syarat Skim PAL seperti yang tertakluk dalam BORANG A dan akan mencuba sedaya upaya untuk mematuhi..
- 3) Saya bersetuju untuk memberikan butiran peribadi dan perubatan kepada Yayasan AIDS Malaysia untuk tujuan Skim ini.

(tanda tangan pesakit)

(tarikh)

BORANG E

Saya _____ (nama doktor) mengesahkan bahawa penama seperti yang tersebut di atas merupakan pesakit di bawah seliaan saya di _____ (nama hospital) yang telah menerima tawaran Skim PAL.

(tandatangan doktor)

(tarikh)

Nama saksi : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tandatangan saksi : _____

Tarikh : _____

Borang Pengesahan Penerimaan Ubat
BORANG F



In Collaboration with:



POSITIVE AUDACIOUS LIVING (PAL SCHEME)
Medicine Assistance Scheme

Pengesahan Pesakit)

(Dilengkapkan oleh pesakit yang telah dicalonkan dan Doktor)

Saya, _____ (nama pesakit) _____ (no.

kad pengenalan/pasport) mengesahkan perkara di bawah:

Saya telah menerima ubat _____ (nama ubat) yang dibiayai oleh Yayasan AIDS Malaysia
untuk bulan _____ pada tarikh borang ini ditandatangani.

(tanda tangan pesakit)

(tarikh)

FORM/ BORANG F

Saya _____ (nama doktor) mengesahkan bahawa saya telah menyerahkan ubat melalui Skim ini kepada pesakit tersebut di atas dan saya berpuas hati bahawa beliau juga memahami perkara yang sama.

(tandatangan doktor)

(tarikh)

Nama Saksi : _____

No. Kad Pengenalan/ Pasport : _____

Jawatan Saksi : _____

Tandatangan Saksi : _____

Tarikh : _____

FOR MAF SECRETARIAT USE ONLY	
Verified By:	Certified By:
Signature:	Signature:
Name:	Name:
Designation:	Designation:
Date:	Date:

BORANG G



POSITIVE AUDACIOUS LIVING (PAL SCHEME) Medicine Assistance Scheme

In Collaboration with:

SKIM PAL
Skim Bantuan Perubatan



Borang Kemaskini Perubatan Benefisiari
(Dilengkapkan oleh doktor setiap 6 bulan sekali)

A. BUTIRAN BENEFISIARI

Nama : _____

Umur dan tarikh lahir : _____

No Kad Pengenalan/Pasport : _____

Alamat : _____

_____ Poskod : _____

No. Telefon : _____

B. BUTIRAN DOKTOR

Nama : _____

Jawatan : _____

Klinik/Jabatan : _____

Hospital : _____

Alamat Pejabat: _____

_____ Poskod : _____

Telefon : _____ Faks : _____

Emel : _____

C. STATUS PERUBATAN BENEFISIRI

Kiraan CD4 semasa & Tarikh diambil : _____

Kiraan CD4 sebelum & Tarikh diambil : _____

Tahap muatan virus semasa & Tarikh diambil :
(Viral load) _____

Tahap muatan virus semasa & Tarikh diambil :
(Viral load) _____

Adakah pemohon menghidapi penyakit yang boleh mengancam nyawa sekaligus mengurangkan jangka hayat kurang dari 6 bulan? Ya Tidak

Adakah pemohon mempunyai sebarang penyakit yang tidak berkaitan dengan HIV seperti barah dan penyakit hati tahap akhir? Yes No

D. KOMEN LAIN-LAIN

(Tandatangan Doktor)

(Tandatangan Pesakit)

Tarikh : _____