



SABAH HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

PENGENALAN PROGRAM SHAPE

Sabah Health Access Programme atau lebih dikenali sebagai SHAPE ialah program yang memberikan insentif tunai kepada pesakit berpendapatan rendah yang didiagnosis dengan HIV, talasemia, kegagalan renal peringkat akhir atau lain-lain penyakit kronik.

Insentif ini diberikan kepada pesakit untuk menampung kos perjalanan yang tinggi dan perbelanjaan logistik lain yang berkaitan bagi membantu pesakit mendapatkan rawatan/menghadiri temujanji rawatan susulan dengan pihak fasiliti kesihatan kerajaan. Melalui SHAPE, para pemohon yang lulus permohonan ke program ini akan dibayar kos perjalanan mereka bagi memastikan mereka mendapatkan rawatan dengan sebaiknya.

Program ini meliputi seluruh Sabah (tertakluk kepada terma dan syarat). Pembayaran subsidi perjalanan adalah mengikut zon dan jarak iaitu Zon A1, Zon A2, Zon A3, Zon B dan Zon C seperti dalam jadual dibawah.

Zon	Kelayakan Subsidi Perjalanan	Nilai Subsidi	Perkara
A1	300KM dan ke atas	RM300.00	Hanya untuk pesakit HIV & Talasemia * berdasarkan kes
A2	200KM - 300KM	RM200.00	
A3	50KM dan ke atas	RM80.00 ke RM100.00	
B	30KM - 40KM	RM40.00 ke RM60.00	
C	Kurang dari 30KM	RM20.00 ke RM40.00	

* Nilai insentif ini mungkin berbeza berdasarkan penilaian daripada sekretariat SHAPE dengan mengambil kira jarak kediaman pemohon dan fasiliti kesihatan kerajaan dimana pemohon menerima rawatan atau memenuhi temujanji yang ditetapkan.

* Pembayaran subsidi dilakukan setelah pihak sekretariat menerima slip kehadiran / buku 555 / kad temujanji bagi pengesahan penerimaan rawatan.

Proses pembayaran subsidi diambil kira berdasarkan kelayakan zon dan kekerapan memenuhi temujanji dengan pihak fasiliti kesihatan kerajaan. Namun bagi penyakit berikut, pengiraan kekerapan kehadiran adalah:

- Talasemia: Setiap pesakit boleh menuntut subsidi perjalanan sekurang-kurangnya **DUA (2)** kali kehadiran di fasiliti kesihatan kerajaan dalam sebulan.
- Kegagalan renal peringkat akhir: Setiap pesakit boleh menuntut subsidi sehingga **TIGA (3)** kali kehadiran di fasiliti kesihatan kerajaan dalam sebulan.
- Bagi kes bermalam di wad fasiliti kesihatan kerajaan, pembayaran subsidi perjalanan dikira pada tarikh kemasukan dan tarikh keluar wad.

Senarai semak permohonan Sabah Health Access Programme (SHAPE)

Bil.	Dokumen	Lengkap/ Tidak lengkap
1.	Borang permohonan SHAPE	
2.	Borang pengesahan B40 (salah satu di antara berikut) : a. MySalam/Skim Perubatan MADANI b. Sumbangan Tunai Rahmah (STR) c. Pengesahan pendapatan dari Ketua Kampung/ Pegawai Kerajaan Gred 41 ke atas / Pesuruhjaya Sumpah d. Sumber pengesahan lain yang sah	
3.	Bil utiliti (bagi pengesahan tempat tinggal) Salah satu di antara berikut: a. Bil elektrik b. Bil air c. Bil telefon d. Surat pengesahan sebagai penduduk oleh Ketua Kampung/Penghulu	
4.	Salinan kad pengenalan pemohon (depan dan belakang)	
5.	Pemohon yang berumur di bawah 12 tahun dan belum mempunyai kad pengenalan, mohon sertakan salinan sijil kelahiran pemohon dan salinan kad pengenalan ibu/bapa/penjaga.	
6.	Salinan muka depan buku akaun bank/ "screenshot" aplikasi akaun bank pemohon * sila pastikan nama pemilik, nama akaun bank dan nombor akaun bank adalah jelas dan mudah dibaca	
7.	Bahagian C Bagi pemohon yang menggunakan akaun bank pihak kedua (ibu/bapa/penjaga). Sila kemukakan: a. Salinan kad pengenalan pemegang akaun bank tersebut b. Salinan muka depan buku akaun bank / "screenshot" aplikasi akaun bank pemegang akaun * sila pastikan nama pemegang akaun bank, nama akaun bank dan nombor akaun bank jelas dan mudah dibaca	
8.	Bahagian D Akta perlindungan data peribadi perlu ditandatangani oleh pemohon	

*Tandakan pada ruang yang berkenaan

Sila tandakan kotak di atas berdasarkan penunjuk di bawah

Lengkap	√
Tidak lengkap	×



Bahagian A

SABAH HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

BUTIRAN PERMOHONAN

(Dilengkapkan oleh doktor)

A. BUTIRAN PEMOHON

Nama: _____

Umur & Tarikh Lahir: _____

No. Kad Pengenalan: _____

Alamat: _____

Poskod: _____

Nombor Telefon Pemohon: _____

Nombor Telefon Waris: _____

Pekerjaan: _____

Pendapatan bulanan seisi rumah: _____

B. BUTIRAN DOKTOR

Nama: _____

Jawatan: _____

Klinik/Jabatan: _____

Hospital: _____

Nombor Telefon: _____ Emel: _____

C. STATUS PERUBATAN PEMOHON

Sila nyatakan diagnosis untuk pemohon ini

HIV

Talasemia

Penyakit renal tahap akhir (ESRD)

Penyakit pediatrik

Lain-lain (Sila nyatakan): _____



Bahagian A

Ulasan doktor

Adakah pemohon memerlukan ibu/bapa/penjaga sebagai peneman semasa lawatan ke hospital/ klinik?

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

Ya

Tidak

D. PERSETUJUAN

Saya, _____ [nama doktor] dan
_____ [nama pemohon] dengan ini
mengesahkan bahawa segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah tepat
berdasarkan pengetahuan saya.

(Tandatangan doktor)

(Tandatangan pemohon)

Tarikh: _____



Bahagian B

SABAH HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

PENERIMAAN KE PROGRAM SHAPE

MAKLUMAT PEMOHON

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Alamat : _____

Saya, seperti nama di atas, dengan ini mengakui bahawa saya telah membaca dan memahami semua terma dan syarat yang tertaluk di dalam program *Sabah Health Access Programme (SHAPE)* seperti yang tertera di dalam **Lampiran 1 Bahagian B**. Saya bersetuju menerima bantuan tanpa paksaan dan semua maklumat yang diberikan adalah benar. Saya bersetuju untuk mematuhi semua terma dan syarat yang ditetapkan. Saya juga memahami dan menerima semua keputusan yang ditetapkan oleh pihak sekretariat dan Jawatankuasa SHAPE.

Pemohon SHAPE

Disaksikan oleh

.....

Nama :

Tarikh :

.....

Nama :

Tarikh :



Bahagian B

LAMPIRAN 1 BAHAGIAN B

Terma dan syarat Sabah Health Access Programme (SHAPE)

1. Sabah Health Access Programme (**SHAPE**) yang dilaksanakan oleh **Yayasan AIDS Malaysia-Cawangan Sabah** (MAFSB) adalah untuk menampung kos perjalanan dari tempat tinggal pemohon bantuan (selepas ini dikenali sebagai “benefisiari”) ke fasiliti kesihatan kerajaan bagi tujuan mendapatkan rawatan ataupun memenuhi temujanji susulan.
2. Benefisiari dinasihatkan untuk membuka akaun bank untuk memudahkan proses pembayaran subsidi perjalanan oleh kakitangan SHAPE.
3. Setiap dokumen perlu disimpan dengan baik untuk diperiksa dari semasa ke semasa.
4. Untuk benefisiari yang menerima rawatan/ temujanji di **FASILITI KESIHATAN KERAJAAN**:
 - 4.1 Benefisiari hendaklah mendapatkan tandatangan doktor/jururawat/pegawai bertugas di dalam buku catatan (buku 555 / slip kehadiran) dan perlu disimpan sebagai bukti kehadiran dan buku catatan tersebut tidaklah boleh hilang.
 - 4.2 Buku catatan tersebut perlu mengandungi tandatangan doktor/jururawat/pegawai bertugas pada tarikh benefisiari mendapatkan rawatan/temujanji.
 - 4.3 Selain itu, tarikh temujanji yang akan datang perlu juga dicatatkan bagi memudahkan sekretariat SHAPE memantau kepatuhan rawatan benefisiari.
 - 4.4 Sekretariat SHAPE akan menguruskan kemasukan wang subsidi perjalanan ke dalam bank akaun penerima/ibubapa/penjaga dalam tempoh **TIGA PULUH (30) hari** selepas sekretariat menerima buku catatan tersebut.
5. Program SHAPE adalah sah untuk tempoh selagi mana program ini dijalankan. Sekiranya, program SHAPE menuju penamatan, maka sekretariat SHAPE akan memaklumkan kepada benefisiari sekurang-kurangnya **SATU (1) bulan** dari tarikh tamat program. Tempoh perjalanan program SHAPE juga adalah tertakluk kepada arahan dari pihak Pengurusan MAF dan Jawatankuasa SHAPE.
6. Sebarang pembaharuan program akan dimaklumkan kepada benefisiari oleh sekretariat SHAPE di masa hadapan, mengikut syarat-syarat kelayakan yang telah ditetapkan.
7. Benefisiari SHAPE hendaklah mematuhi jadual temujanji/rawatan susulan seperti yang telah diaturkan oleh pihak fasiliti kesihatan kerajaan untuk mengelakkan segala kesulitan di kemudian hari.



Bahagian B

8. Jika didapati benefisiari subsidi SHAPE tidak mematuhi jadual temujanji/rawatan susulan sebanyak **TIGA (3)** kali berturut-turut, tindakan untuk mengeluarkan benefisiari dari program SHAPE akan diambil tanpa memaklumkan kepada benefisiari terlebih dahulu.
9. Benefisiari SHAPE hendaklah **menjaga dan menyimpan** rekod temujanji/ rawatan dan juga rekod pengagihan bantuan yang diterima.
10. Benefisiari / pihak fasiliti kesihatan kerajaan perlu memaklumkan kepada pihak sekretariat SHAPE sekiranya mereka tidak lagi berminat dengan program SHAPE, tamat rawatan atau mempunyai sebab-sebab yang lain.

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



Bahagian C

SABAH HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

KEBENARAN MENGGUNAKAN AKAUN BANK *(Bagi pemohon yang tidak mempunyai akaun bank)*

Adalah saya (pemilik akaun bank) dengan butiran berikut:

Nama Pemilik Akaun : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Nama Pemohon : _____
No. Kad Pengenalan Pemohon : _____
Hubungan dengan Pemohon : _____

Memperakui dengan sebenar-benarnya bahawa saya dengan ini memberikan kebenaran kepada pemohon subsidi dan sekretariat program *Sabah Health Access Programme (SHAPE)* untuk menggunakan akaun bank hak milik saya iaitu:

Nama Akaun Bank : _____
No. Akaun Bank : _____

Bagi tujuan pemindahan dan penerimaan bantuan kewangan subsidi perjalanan (tambang) program SHAPE bagi pihak pemohon bantuan. Saya juga turut memperakui bahawa saya memahami dengan sepenuhnya tanggungjawab saya, memberi semula kepada pemohon bantuan subsidi yang telah dikreditkan ke dalam akaun saya dan memastikan pemohon menggunakan subsidi ini dengan sebaik yang mungkin.

.....
Tandatangan (pemilik akaun bank)

.....
Tarikh



Bahagian D

SABAH HEALTH ACCESS PROGRAM (SHAPE)

BORANG PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010

PEMBERITAHUAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 KEPADA BENEFISIARI SABAH HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE) DIBAWAH YAYASAN AIDS MALAYSIA –CAWANGAN SABAH.

Pengumpulan, Rakaman, Penyimpanan dan Pengkalan Maklumat Peribadi

Maklumat-maklumat peribadi yang dikumpulkan oleh **Yayasan AIDS Malaysia – Cawangan Sabah (“MAFSB”)** 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 (secara kolektif, “**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/ biasiswamelalui agensi lain sama ada pihak kerajaan atau badan korporat,
- memahami keperluan anda,
- menyediakan perkhidmatan kepada anda,
- 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 statistik,
- 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.



Bahagian D

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 pekerja 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 – Cawangan Sabah
Lot 21, Tingkat 1, Blok B,
KM 1, Pusat Komersil Bandar Maju,
Jalan Utara, 90000 Sandakan,
Sabah.



Bahagian D

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 pemohon:

Nombor kad pengenalan:

-TAMAT-