

## SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

### Senarai Semak Permohonan Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (SHAPE)

Bil.	Dokumen	Lengkap / Tidak lengkap
1.	Borang permohonan SHAPE	
2.	Borang verifikasi 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: bil elektrik / bil air / bil telefon / -Pengesahan sebagai penduduk oleh Ketua Kampung/Penghulu	
4.	Salinan fotokopi kad pengenalan (depan dan belakang) pemohon	
5.	Pemohon di bawah 12 tahun dan belum mempunyai kad pengenalan, mohon sertakan sijil kelahiran pemohon dan kad pengenalan ibu/bapa/penjaga.	
6.	Salinan fotokopi muka depan buku akaun bank / <i>screenshot</i> aplikasi akaun bank pemohon  * sila pastikan nama pemilik, nama akaun bank dan nombor akaun bank adalah jelas dan mudah dibaca	
7.	Borang C  Bagi pemohon yang menggunakan akaun bank pihak kedua (ibu/bapa/penjaga). Sila kemukakan a. Salinan fotokopi kad pengenalan pemegang akaun bank tersebut b. Salinan fotokopi muka depan buku akaun bank / <i>screenshot</i> aplikasi akaun bank pemegang akaun  * sila pastikan nama pemegang akaun bank, nama akaun bank dan nombor akaun bank jelas dan mudah dibaca	
8.	Borang 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	×

## SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)

### PENGENALAN PROGRAM SHAPE

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

Program ini meliputi seluruh zon di Negeri Sarawak dan nilai subsidi bergantung pada jarak perjalanan seperti dalam jadual dibawah.

ZON	KLASIFIKASI	NILAI INSENTIF	CATATAN
A1	Jarak 300KM dan ke atas	RM300.00	<u>Kriteria</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanya untuk benefisiari yang didiagnosis dengan HIV &amp; Talasemia.</li> <li>• Untuk kes tertentu. (berjumpa pakar pada satu masa tertentu dsb.) sahaja.</li> <li>• Urusetia akan membuat pemeriksaan lanjut dengan doktor/pesakit sebelum membayar balik subsidi.</li> </ul>
A2	Jarak 200KM – 300KM	RM200.00	
A3	50KM – 100KM	RM100.00	Termasuk program bantuan makanan bernilai RM10 setiap perjalanan.
B	30KM – 50KM	RM60.00	
C	Kurang dari 30KM	RM40.00	

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

**Borang Permohonan***(Dilengkapkan oleh doktor)***A. BUTIRAN PESAKIT**

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

Umur &amp; Tarikh lahir: \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskod: \_\_\_\_\_

Nombor Telefon Pemohon: \_\_\_\_\_

Nombor Telefon Waris: \_\_\_\_\_

Pekerjaan Pemohon: \_\_\_\_\_

Pendapatan Bulanan Seisi Rumah : \_\_\_\_\_

**B. BUTIRAN DOKTOR**

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

Jawatan : \_\_\_\_\_

Klinik/Jabatan : \_\_\_\_\_

Hospital : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Emel : \_\_\_\_\_

**C. STATUS PERUBATAN PEMOHON**

Sila nyatakan diagnosis untuk pemohon ini

HIV

Penyakit pediatrik

Talassemia

Lain-lain (Sila nyatakan) : \_\_\_\_\_

Penyakit renal tahap akhir (ESRD)

Ulasan doktor

---

---

---

---

Adakah pesakit 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**

Kami, \_\_\_\_\_ [nama doktor] dan  
\_\_\_\_\_ [nama pesakit] dengan ini  
mengesahkan bahawa segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah tepat  
berdasarkan pengetahuan kami.

---

(Tandatangan doktor)

---

(Tandatangan pemohon)

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

**PERSETUJUAN PENYERTAAN KE PROGRAM****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 *Sunway-HOPE Sarawak Health Access Programme (SHAPE)* seperti yang tertera di dalam **Lampiran 1 Borang B** ini. Saya bersetuju menerima bantuan tanpa paksaan dan semua maklumat yang diberikan adalah benar. Saya bersetuju untuk mematuhi semua terma dan syarat tersebut. Saya juga memahami bahawa semua keputusan akan ditentukan oleh Jawatan Kuasa SHAPE.

**Pemohon SHAPE****Disaksikan oleh:**

.....

Nama :

Tarikh :

.....

Nama :

Tarikh :

**LAMPIRAN 1 BORANG B**

**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** (MAFSB), ini adalah untuk menampung kos perjalanan dari tempat tinggal pemohon bantuan (selepas ini dikenali sebagai “penerima”) ke fasiliti kesihatan bagi tujuan mendapatkan rawatan ataupun memenuhi temujanji susulan.
2. Penerima dinasihatkan membuka akaun bank untuk memudahkan proses pembayaran bantuan kewangan oleh sekretariat SHAPE.
3. Segala dokumen perlu disimpan dengan baik untuk diperiksa dari semasa ke semasa.
4. Untuk penerima rawatan/ temujanji di **FASILITI KESIHATAN**.
  - 4.1 Penerima hendaklah mendapatkan tandatangan doktor/jururawat/pegawai bertugas di dalam buku catatan (buku 555 / slip kehadiran) dan perlu disimpan sebagai bukti dan buku catatan tersebut tidak boleh hilang.
  - 4.2 Buku catatan tersebut perlu akan ada tandatangan doktor/jururawat/pegawai bertugas pada Tarikh penerima mendapatkan rawatan/bertemujanji. mencatatkan kehadiran pesakit dan mendapatkan tarikh temujanji yang seterusnya.
  - 4.3 Selain itu, tarikh temujanji yang akan datang perlu juga dicatatkan bagi memudahkan sekretariat SHAPE memantau kepatuhan rawatan penerima.
  - 4.4 Sekretariat SHAPE akan menguruskan kemasukan wang bantuan subsidi perjalanan ke dalam bank akaun penerima/ibubapa/penjaga dalam masa TUJUH (7) hari sebelum tarikh rawatan / temujanji atau selepas sekretariat menerima buku catatan
5. Program SHAPE ini adalah sah untuk tempoh **SATU (1) tahun** dan perlu diperbaharui pada setiap tahun mengikut syarat-syarat kelayakan yang telah ditetapkan. Tempoh sah pernyataan penerima bantuan di dalam program SHAPE juga adalah tertakluk kepada arahan dari pihak Pengurusan MAF dan Jawatan Kuasa SHAPE.
6. Penerima SHAPE hendaklah mematuhi jadual temujanji / rawatan susulan seperti yang telah diatitkan oleh pihak fasiliti kesihatan untuk mengelakkan segala kesulitan di kemudian hari.
7. Jika didapati penerima bantuan SHAPE tidak mematuhi jadual temujanji / rawatan

susulan selama TIGA (3) kali berturut-turut, tindakan untuk mengeluarkan penerima dari program SHAPE akan diambil tanpa memaklumkan kepada penerima bantuan terlebih dahulu.

8. Penerima SHAPE hendaklah **menjaga dan menyimpan** rekod temujanji / rawatan dan juga rekod pengagihan bantuan yang diterima.
9. Penerima bantuan / pihak fasiliti kesihatan perlu memaklumkan kepada pihak sekretariat SHAPE sekiranya mereka tidak lagi berminat dengan program SHAPE atau tamat rawatan.

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.

**SUNWAY-HOPE SARAWAK HEALTH ACCESS PROGRAMME (SHAPE)**

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

Adalah saya (pemilik akaun bank) dengan butiran berikut:

Nama : \_\_\_\_\_  
No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_  
Nama Pemohon : \_\_\_\_\_  
No. Kad Pengenalan Pemohon : \_\_\_\_\_  
Hubungan dengan Pemohon : \_\_\_\_\_

Memperakui dengan sebenar-benarnya bahawa saya dengan ini memberikan kebenaran kepada pemohon bantuan dan sekretariat program *Sunway-HOPE Sarawak 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 dicreditkan ke dalam akaun saya dan memastikan pemohon menggunakan bantuan ini dengan sebaik yang mungkin.

.....  
Tandatangan (pemilik akaun bank)

.....  
Tarikh



**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 Pengelakan 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 (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 / 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 dikalangan 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;
- (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 Sarawak  
Quaters 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 pengendalian 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



## Borang D

terma-terma yang terkandung di dalam ini.

.....

Nama benefisiari:

Nombor Kad Pengenalan:

**-TAMAT-**