BYF - Penyakit Kronik 2/2000
(PINDAAN 2001)

YAYASAN FELCRA (500424 W)
BORANG BANTUAN RAWATAN PENYAKIT KRONIK

1 . NAMA PENOH PEMOHON
(Seperti Dalam Kad Pengenalan)

2 . NO. KAD PENGENALAN: - -
(Lampirkan Salinan Photostat)

3 . STAF/PESERTA

4 . NO. STAF :

5 . PEKERJAAN :

6 . PENDAPATAN BERSIH : RM .

7 . BILANGAN TANGGUNGAN : ORANG

8 . ALAMAT RUMAH :

9 . ALAMAT SURAT MENYURAT :

10 . NAMA PENOH PESAKIT :
(SEPERTI Dalam Kad Pengenalan)

11 . NO. KAD PENGENALAN - -
(Lampirkan Salinan Photostat)

12 HUBUNGAN :

13 . JENIS PENYAKIT :
(Sila sertakan bersama surat akuan doktor/pakar perubatan)

14 . TEMPOH MASA MENGHADAPI PENYAKIT : BULAN/TAHUN

15 . TEMPAT TERIMA RAWATAN :

TARIKH :

TANDATANGAN PEMOHON/PESAKIT

16 . PENGESAHAN KETUA BAHAGIAN FELCRA BERHAD
(Naib Presiden Kanan/Naib Presiden/Pengurus Besar Wilayah/Ketua Bahagian/Pengurus Kawasan)

Saya mengesahkan pemohon STAF/PESERTA

FELCRA Berhad

TARIKH :

TANDATANGAN KETUA BAHAGIAN

Nama :
Cop :

PERINGATAN :

* Borang ini dihantar kepada Yayasan FELCRA melalui Naib Presiden/Naib Presiden Kanan/Pengurus Besar Wilayah/Ketua Bahagian/Pengurus Kawasan).
* Jenis-jenis penyakit yang layak diberi bantuan (Penyakit jantung/penyakit barah/sakit buah pinggang yang memerlukan dialysis dan lumpuh atau strok)
* Sertakan salinan photostat K/P pesakit dan pemohon
* Sertakan surat/laporan doktor/pegawai perubatan