



SGM KOPERATIF BERHAD
785 Geylang Road Singapore 389673 Tel: 7439595 Fax: 7439559

DANA KEBAJIKAN BERSAMA

PERMOHONAN UNTUK BANTUAN MASUK HOSPITAL

1. KETERANGAN DIRI ANGGOTA YANG MEMOHON

Nama _____ No. Anggota _____

Alamat _____ Tel (Rumah) _____

Nama & Alamat Sekolah/Tempat Kerja _____

Jenis Penyakit _____ Nama Hospital _____

Tarikh mula masuk hospital _____ hingga _____ selama _____ hari

Bayaran yang dikenakan selama _____ hari sebanyak \$ _____ (Dolar: _____

_____ sahaja) No. Bill Hospital _____

Keterangan –keterangan Photostat yang dilampirkan ditanda dengan (): _____

- () Surat kebenaran/keterangan masuk hospital
- () Sijil kebenaran keluar dari hospital (Discharge Certificate)
- () Sijil Perubatan (Medical Certificate)
- () Bil bayaran hospital (Hospital Bill)

2. PENGAKUAN PEMOHON

Saya megaku bahawa keterangan-keterangan di atas adalah benar, sama ianya ditulis oleh saya sendiri atau wakil bagi pihak saya dan saya sedia menerima segala tanggungan baginya. Saya juga sedar bahawa Jawantankuasa boleh mengambil tindakan terhadap saya atau menuntut dengan penuh pemberian Dana Kebajikan Bersama ini jika keterangan di atas didapati tidak benar.

Tandatangan Saksi

Tandatangan Pemohon

Nama Saksi

No. NRIC

No. NRIC

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Sdr. Bendahari Ykht,

Permohonan Dana Kebajikan Bersama di atas untuk Bantuan Masuk Hospital diluluskan dengan berdasarkan seperti berikut:

_____ hari x \$30.00 = \$ _____

(Dolar: _____ sahaja)

Tarikh _____

Pengerusi DKB

