



佛教慈濟基金會馬來西亞分會

BUDDHIST TZU-CHI MERITS SOCIETY MALAYSIA (PPM-007-04-26061995)

居家療護申請表 BORANG PERMOHONAN PERKHIDMATAN RAWATAN DI RUMAH

慈濟專用 UNTUK KEGUNAAN TZU-CHI

接獲日期 Tarikh Terima

(hh/bb/tttt)

申請編號 No. Siri

居家療護申請對象:

- 1) 不能前往醫院就醫者
- 2) 需要臨終關懷者

***這是一項輔助服務，任何緊急案件及有危害生命疾病者需送往醫院就醫。

Syarat Kelayakan Untuk Permohonan Perawatan Di Rumah:

- 1) Pesakit yang tidak berupaya ke hospital untuk mendapat rawatan
- 2) Pesakit yang memerlukan sokongan paliatif

***Ini adalah perkhidmatan sampingan, kes kecemasan harus dihantar ke hospital dengan segera.

***此服務需由慈濟志工提報。Permohonan perlu dibuat oleh sukarelawan Tzu-Chi.

(A) *申請者資料 BIODATA PEMOHON

* 申請者身份 Identiti Pemohon

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 慈濟補助個案 Penerima Subsidi Tzu-Chi | <input type="checkbox"/> 2. 慈濟關懷個案 Penerima Jagaan Tzu-Chi |
| <input type="checkbox"/> 3. 慈濟個案家屬 Ahli Keluarga Penerima Subsidi Tzu-Chi | <input type="checkbox"/> 4. 慈濟腎友 Pesakit Dialisis di Pusat Tzu-Chi |
| <input type="checkbox"/> 5. 慈濟志工 Sukarelawan Tzu-Chi | <input type="checkbox"/> 6. 慈濟慈誠委員 Sukarelawan Senior Tzu-Chi |
| <input type="checkbox"/> 7. 慈濟志工家屬 Ahli Keluarga Sukarelawan Tzu-Chi | <input type="checkbox"/> 8. 聯合國難民 Berdaftar dengan UNHCR |
| <input type="checkbox"/> 9. 大德 Awam | |

感恩戶姓名 Penerima Jagaan/subsidi Tzu-Chi atau 慈濟志工姓名 Sukarelawan Tzu-Chi

(若以上您選3 或 7, 請務必填寫這資料)
(Jika anda pilih no. 3 atau no.7, bidang ini wajib diisi.)

*病患姓名 Nama Pesakit				中文姓名 Nama Cina	
*新身份證號 No. Kad Pengenalan				*種族 Etnik	
舊身份證號 No. KP Lama				*宗教 Agama	
護照/其他證號 No. Pasport /Lain-lain				*國籍 Warganegara	
*出生日期 Tarikh Lahir	(日/月/年 Hari/Bulan/Tahun)	*年齡 Umur		*性別 Jantina	<input type="checkbox"/> 男 Lelaki <input type="checkbox"/> 女 Perempuan
*婚姻狀況 Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/> 單身 Bujang	<input type="checkbox"/> 已婚 Berkahwin	<input type="checkbox"/> 守寡 Duda/Janda	<input type="checkbox"/> 離婚 Bercerai	<input type="checkbox"/> 分居 Berpisah <input type="checkbox"/> 不明 Tidak Jelas
*居住地址 Alamat Tempat Tinggal					
	*城市 Bandar			*郵號 Poskod	
	*州屬 Negeri			*國家 Negara	
*居家類型 Jenis Perumahan	<input type="checkbox"/> 住家 Rumah	<input type="checkbox"/> 療養院 Rumah penjagaan			
	<input type="checkbox"/> 老人院 Rumah orang tua	<input type="checkbox"/> 其他 Lain-lain _____			
*電話號碼 No. Telefon					
電郵 Emel					

(B)*社會、經濟與家庭狀況 SOSIOECONOMI DAN LATAR BELAKANG KELUARGA

家庭成員列表 Maklumat Ahli keluarga pemohon :

(與案主有直接關係，住在一起為佳 Ahli keluarga terdekat, atau yang tinggal bersama pemohon)

家屬姓名 Nama Ahli Keluarga	關係 Hubungan	職業 Pekerjaan	電話號碼 No. Tel	電郵地址 Alamat Emel
* 緊急聯絡人 Penama yang boleh dihubungi semasa kecemasan			* 緊急聯絡號碼 No.Tel	
			關係 Hubungan	

(C)*醫療病況 MAKLUMAT PENYAKIT

1	*所患疾病 Jenis penyakit : (請 4 相關疾病 4 yang berkenaan)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Kencing manis	<input type="checkbox"/> 高血壓 Darah Tinggi	<input type="checkbox"/> 中風 Strok	<input type="checkbox"/> 哮喘 Asma	<input type="checkbox"/> 心臟病 Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> 腎病 Sakit Buah Pinggang
		<input type="checkbox"/> 癌症 Kanser (a) 癌症種類 Jenis kanser : (b) 級別 Peringkat :					
		其他 Lain-lain :					
2	*治療地點 Tempat menerima rawatan :						
3	*所需援助 Bantuan yang diperlukan :	<input type="checkbox"/> 醫療評估/諮詢 Penilaian & Nasihat Perubatan			<input type="checkbox"/> 傷口療護 Perawatan Luka		
		<input type="checkbox"/> 臨終關懷 Sokongan Paliatif			<input type="checkbox"/> 其他 Lain-lain, nyatakan _____		
4	*需要往診的原因 Sebab memerlukan perawatan di rumah :						
5	特別注意事項 Notis Khas :						

備註：請隨表格附上至少兩張病患的相關照片。若有醫療報告，請附上。

Perhatian: Sila sertakan **sekurang-kurangnya 2 gambar** yang berkenaan dengan keadaan pesakit.

Sila sertakan laporan kesihatan yang berkenaan, sekiranya ada.

(D) *志工資料 Maklumat Sukarelawan Tzu Chi			
慈濟志工社區/協力小組 Kumpulan anda			
慈濟志工社區/協力小組組長 Ketua Kumpulan anda		聯絡號碼 No.Tel	
提報個案組員姓名 Nama Ahli Kumpulan Yang Memohon	聯絡號碼 No. Tel	帳號 ID Telegram	電郵 Emel
(Eng) (中)			
(Eng) (中)			
(Eng) (中)			
***備註 Perhatian : 您將會被通知，依據醫護人員時間，慈濟志工必須全程陪伴醫護人員前往家訪，直到結案。 Anda akan dihubungi apabila lawatan ke rumah pemohon hendak dilakukan oleh pegawai perubatan. Perujuk kes dihendaki turut berserta bagi setiap lawatan sehingga kes ini ditamatkan khidmat oleh pegawai perubatan.			

(E)*申請者聲明 PERAKUAN PEMOHON
*姓名 Nama : _____ *新身份證號 NRIC No. : _____ 如同以上姓名, 本人同時了解、接受及同意以下申請條例, 也願意給予一切所需之配合: 1. 如實提供所需資料。 2. 申請將由相關人員評估後, 若批准, 才會安排醫護人員去家訪。 3. 願意讓慈濟志工及醫護人員家訪, 並給予治療。 4. 允許志工了解本身及家人的故事、拍攝及錄影, 作為所有慈濟用途。 5. 慈濟有權做任何條例上的調整而不需給予任何的事前通知及理由。 Saya seperti nama di atas mengesahkan bahawa saya memahami dan bersetuju akan syarat-syarat permohonan seperti di bawah, dan sanggup memberi kerjasama: 1. Memberi segala maklumat yang diperlukan secara nyata dan jujur. 2. Keputusan permohonan diputuskan oleh Jawatankuasa Tzu-Chi dan keputusan adalah muktamad. 3. Membenarkan sukarelawan / sukarelawati dan pegawai perubatan Tzu-Chi melawat ke rumah untuk memberi rawatan kepada pemohon. 4. Membenarkan tangkapan gambar dan rakaman video dilakukan untuk kegunaan Tzu-Chi. 5. Tzu-Chi berhak mengubah sebarang syarat di atas tanpa pemakluman atau sebab pada bila-bila masa sahaja. <div style="text-align: right;">日期 Tarikh: _____</div> _____) (姓名>Nama: _____) (Hari/Bulan/Tahun) *申請者/直屬家人簽名或蓋章 Tandatangan / Cap Ibu Jari Pemohon atau Ahli keluarga yang diarahkan Pemohon yang berumur 18 tahun ke bawah, tandatangan diperlukan daripada Ibu Bapa/Penjaga. 18歲以下的申請者, 父母/監護者必須簽名。 Pemohon yang tidak sedar, tandatangan diperlukan daripada penjaga. 申請者意識不清醒著, 需要監護人簽名。

居家療護提供之信念 PRINSIP PEMBERIAN BANTUAN TZU-CHI
依申請條件非權益, 不分種族、宗教信仰或性別。 所有援助提供依據醫師/護理人員評估為最後決定。所有援助屬短期援助, 如病況改善或病況不適合居家療護, 慈濟有權不提供援助。 Pertimbangan adalah berdasarkan kepada kelayakan tetapi bukan hak. Bantuan diberi tanpa mengira kaum, agama dan jantina. Bantuan yang diberi tertakluk kepada keputusan siasatan dan pertimbangan Tzu-Chi. Bantuan hanya untuk tempoh sementara, Tzu-Chi berhak menamatkan khidmat rawatan pada bila-bila masa sekiranya mendapati keadaan pesakit bertambah baik atau keadaan pesakit tidak lagi sesuai untuk perawatan di rumah.