

BORANG PERMOHONAN UNTUK BERKHIDMAT SEBAGAI SUKARELAWAN

A. MAKLUMAT PERIBADI PEMOHON		(Sila kepitkan bersama 2 keping gambar bersaiz pasport)																					
1. NAMA:																							
2. NOMBOR KAD PENGENALAN / PASSPORT: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
3. JANTINA: <table border="1"> <tr> <td></td><td>LELAKI</td><td></td><td>PEREMPUAN</td> </tr> </table>			LELAKI		PEREMPUAN																		
	LELAKI		PEREMPUAN																				
4. TARIKH LAHIR (HH/BB/TT): <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												5. UMUR <table border="1"> <tr> <td></td><td>TAHUN</td><td></td><td>BULAN</td> </tr> </table>			TAHUN		BULAN						
	TAHUN		BULAN																				
6. NO. TELEFON <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												7. EMEL <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
8. AGAMA: <table border="1"> <tr> <td></td><td>ISLAM</td><td></td><td>HINDU</td><td></td><td rowspan="2">LAIN-LAIN, Nyatakan:</td> </tr> <tr> <td></td><td>KRISTIAN</td><td></td><td>BUDDHA</td> </tr> </table>					ISLAM		HINDU		LAIN-LAIN, Nyatakan:		KRISTIAN		BUDDHA										
	ISLAM		HINDU		LAIN-LAIN, Nyatakan:																		
	KRISTIAN		BUDDHA																				
9. ALAMAT PEJABAT: <table border="1"> <tr> <td>NO. UNIT</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>JALAN / BLOK</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>POSKOD</td><td></td><td>BANDAR</td><td></td> </tr> </table>				NO. UNIT				JALAN / BLOK				POSKOD		BANDAR									
NO. UNIT																							
JALAN / BLOK																							
POSKOD		BANDAR																					
10. ALAMAT RUMAH: <table border="1"> <tr> <td>NO. UNIT</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>JALAN / BLOK</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>POSKOD</td><td></td><td>BANDAR</td><td></td> </tr> </table>				NO. UNIT				JALAN / BLOK				POSKOD		BANDAR									
NO. UNIT																							
JALAN / BLOK																							
POSKOD		BANDAR																					
11. KELULUSAN AKADEMIK: <table border="1"> <tr> <td>PT3 / SPM</td><td></td> <td>STPM / DIPLOMA</td><td></td> <td>IJAZAH</td><td></td> <td>SARJANA / PHD</td><td></td> </tr> </table> Lain-lain (nyatakan).....				PT3 / SPM		STPM / DIPLOMA		IJAZAH		SARJANA / PHD													
PT3 / SPM		STPM / DIPLOMA		IJAZAH		SARJANA / PHD																	
12. PEKERJAAN:																							

13. NAMA PERTUBUHAN SUKARELA YANG DIANGGOTAI (jika ada):

14. KECENDERUNGAN KESUKARELAWAN:

SOSIAL & KEBAJIKAN

SPIRITUALITI

BENCANA

PENDIDIKAN

15. SEPANJANG PENGETAHUAN TUAN / PUAN, ADAKAH TUAN / PUAN MENGHADAPI PENYAKIT-PENYAKIT BERIKUT:

- ☐ Darah tinggi
- ☐ Kencing manis (*Diabetes mellitus*)
- ☐ Penyakit jantung
- ☐ Epilepsi (sawan)
- ☐ Masalah psikiatri / Kesihatan mental
- ☐ Tuberkulosis (TB)
- ☐ HIV
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Lain-lain (Nyatakan)

16. Penglibatan dalam penyalahgunaan dadah atau lain-lain aktiviti melanggar undang-undang & peraturan negara: YA / TIDAK

B. MAKLUMAT WARIS :

Nama waris yang boleh dihubungi jika berlaku kecemasan

Waris 1:

Nama:

Alamat:

Pekerjaan:

No. Telefon:

Waris 2:

Nama:

Alamat:

Pekerjaan:

No. Telefon:

C. PERAKUAN PEMOHON

- ✓ Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah BENAR dan memahami bahawa perkhidmatan yang saya pohon adalah sebagai sukarelawan. Saya bersetuju untuk bertanggungjawab terhadap keselamatan dan kesihatan diri saya serta harta benda saya semasa menjalankan tugas. Saya juga memberi kebenaran untuk pihak Kementerian Kesihatan Malaysia menyemak latar belakang saya.
- ✓ Saya juga tidak akan membabitkan Kementerian Kesihatan Malaysia dan bersetuju untuk menanggung sendiri segala risiko dan kos yang terlibat dengan perkhidmatan saya.
- ✓ Saya memahami bahawa semua maklumat yang diperoleh semasa berinteraksi dengan pesakit adalah tertakluk kepada polisi kerahsiaan pesakit dan tidak akan menyebarkan maklumat tersebut kepada pihak luar termasuklah melalui aplikasi komunikasi serta penggunaan media sosial. Sebarang kebocoran maklumat yang terjadi berikutan daripada tindakan saya adalah di bawah tanggungjawab saya sendiri.
- ✓ Tindakan boleh dikenakan ke atas saya oleh Kementerian Kesihatan Malaysia sekiranya saya melanggar perjanjian ini.

Tarikh: _____

Tanda tangan Pemohon**D. PERAKUAN PEGAWAI PENYELARAS**Diperakukan ☐
Tidak Diperakukan ☐

Tarikh: _____

Tandatangan dan Cop
Pegawai Penyelaras**E. KELULUSAN Pengerusi Jawatankuasa Induk**Diluluskan ☐
Tidak Diluluskan ☐

Tarikh: _____

Tandatangan dan Cop
Pengerusi