

| UNTUK KEGUNAAN PEJABAT |  |           |  |
|------------------------|--|-----------|--|
| Tarikh Didaftarkan     |  | Ruj. Fail |  |
| Skim Bantuan           |  |           |  |

|                |
|----------------|
| <b>PERCUMA</b> |
| <b>JKM 20</b>  |



**BORANG KAJIAN SEMULA BANTUAN  
KEWANGAN JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT  
(DIISI OLEH KLIEN)**

Jabatan  
**KEBAJIKAN**  
Masyarakat



**I. MAKLUMAT ASAS**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>1. NEGERI</b> .....                                       | <b>2. DAERAH/JAJAHAN</b> ..... |
| <b>3. BANTUAN DILULUSKAN MULAI :</b> ..... (BULAN DAN TAHUN) |                                |
| <b>4. KADAR BANTUAN DITERIMA :</b> RM ..... SEBULAN          |                                |

**II. BIODATA**

|  |   |  |  |   |                                       |  |  |
|--|---|--|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <b>1. NAMA</b>   |   |  |  |   |                                       |  |  |
| <b>2. NO. KP/MYKAD/MYKID</b>   |   |  |  |   |                                       |  |  |
| <b>3. NO. KP LAMA / NO. POLIS / TENTERA / SIJIL LAHIR*</b><br><small>*Potong mana yang tidak berkenaan</small> |   |  |  |   |                                       |  |  |
| <b>4. TARIKH LAHIR</b>   |   |  | <b>5. UMUR</b>                         | ..... tahun   |                                       |  |  |
| <b>6. ALAMAT</b><br>(No. Rumah>Nama Jalan/Tingkat/Blok)  |   |  |  |   |                                       |  |  |
| <b>6A. (Taman/Kampung)</b>   |   |  |  |   |                                       |  |  |
| <b>7. POSKOD</b>   |   |  | <b>8. BANDAR</b>                       | .....   |                                       |  |  |
| <b>9. JENIS KEDIAMAN</b><br><small>(Tandakan v di petak berkenaan)</small>                                     | <input type="checkbox"/> a. Rumah Banglo  |  |  | <input type="checkbox"/> d. Rumah Kedai   |                                       |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> b. Rumah Teres   |  |  | <input type="checkbox"/> e. Rumah Panjang                                       |                                       |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> c. Rumah Kampung |  |  | <input type="checkbox"/> f. Lain-lain (Nyatakan):-<br>.....                     |                                       |  |  |
| <b>10. STATUS KEDIAMAN</b><br><small>(Tandakan v di petak berkenaan)</small>                                   | <input type="checkbox"/> a. Milik Sendiri |  |  | <input type="checkbox"/> c. Menumpang   |                                       |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> b. Sewa          |  |  | <input type="checkbox"/> d. Berkongsi   |                                       |  |  |
| <b>11. NO. TELEFON</b>   | a. Rumah : .....                          |  |  | <b>12. STATUS PERKAHWINAN</b><br><small>(Tandakan v di petak berkenaan)</small> | <input type="checkbox"/> a. Bujang    |  |  |
|  | b. Pejabat : .....                        |  |  |   | <input type="checkbox"/> b. Berkahwin |  |  |
| c. H/p : .....   |   |  | <input type="checkbox"/> c. Balu/Janda |   |                                       |  |  |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> d. Duda       |   |                                       |  |  |

**III. MAKLUMAT AHLI KELUARGA**

| 1. BIL | 2. NAMA PENUH | 3. NO. KP | 4. UMUR | 5. ALAMAT RUMAH<br>(Diisi sekiranya tinggal berasingan) | 6. HUBUNGAN/<br>PERTALIAN | 7. PERSEKOLAHAN /<br>PEKERJAAN | 8. PENDAPAT<br>AN<br>SEBULAN<br>(RM) | 9. NO.<br>TELEFON | 10. TANDA v<br>JIKA<br>TINGGAL<br>BERSAMA<br>PEMOHON |
|--------|---------------|-----------|---------|---|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--|
|        |               |           |         |   |                           |                                |                                      |                   | <input type="checkbox"/>                             |
|        |               |           |         |   |                           |                                |                                      |                   | <input type="checkbox"/>                             |
|        |               |           |         |   |                           |                                |                                      |                   | <input type="checkbox"/>                             |
|        |               |           |         |   |                           |                                |                                      |                   | <input type="checkbox"/>                             |

Sila buat tambahan di helaian lain jika ruangan maklumat ahli keluarga tidak mencukupi.

#### IV. MAKLUMAT KESIHATAN DAN KETIDAKUPAYAAN

##### 1. PENYAKIT YANG DIHADAPI DAN JENIS RAWATAN

| 1A. JENIS PENYAKIT<br>(Tandakan ✓ di petak berkenaan) |                                    | 1B. JENIS RAWATAN<br>(Tandakan ✓ di petak berkenaan) |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                                    | KLINIK   |                          | HOSPITAL                 |                          | Tradisional              | Tiada Rawatan            |
|   |                                    | K'jaan   | Swasta                   | K'jaan                   | Swasta                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | a. Tiada Penyakit                  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | b. Darah Tinggi                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | c. Jantung                         | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | d. Kencing Manis                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | e. Lelah (Asma)                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | f. Buah Pinggang                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | g. Barah (Kanser)                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | h. Sakit Sendi (Gout)              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | i. Strok                           | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | j. Gastrik                         | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | k. Batuk / TB                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | l. Lain-lain (Nyatakan):-<br>..... | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### 2. PENYAKIT YANG DIHADAPI OLEH AHLI KELUARGA (KES TERLANTAR) DAN JENIS RAWATAN

Nama Pesakit/OKU Terlantar : .....

No Kad Pengenalan : .....

Hubungan : .....

(Diisi sekiranya pemohon merupakan penjaga kepada pesakit terlantar / OKU terlantar yang dijagai)

| 2A. JENIS PENYAKIT<br>(Tandakan ✓ di petak berkenaan) |                                    | 2B. JENIS RAWATAN<br>(Tandakan ✓ di petak berkenaan) |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                                    | KLINIK   |                          | HOSPITAL                 |                          | Tradisional              | Tiada Rawatan            |
|   |                                    | K'jaan   | Swasta                   | K'jaan                   | Swasta                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | a. Tiada Penyakit                  |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | b. Darah Tinggi                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | c. Jantung                         | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | d. Kencing Manis                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | e. Lelah (Asma)                    | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | f. Buah Pinggang                   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | g. Barah (Kanser)                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | h. Sakit Sendi (Gout)              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | i. Strok                           | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | j. Gastrik                         | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | k. Batuk / TB                      | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                              | l. Lain-lain (Nyatakan):-<br>..... | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NOTA :-**

Bagi permohonan yang dibuat oleh Penjaga kepada Pesakit Terlantar, maklumat ini adalah merujuk kepada pesakit terlantar yang dijagai.

Sila buat tambahan di helaian lain sekiranya maklumat Pesakit Terlantar adalah lebih daripada seorang.

**V. MAKLUMAT PEKERJAAN, KEMAHIRAN DAN MINAT**

|   |   |                                 |                          |                                    |
|---|---|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <b>1. JENIS PEKERJAAN SEKARANG</b><br><i>(Tandakan ✓ di petak berkenaan)</i>  | <input type="checkbox"/>  | a. Tidak Bekerja                | <input type="checkbox"/> | d. Swasta                          |
|   | <input type="checkbox"/>  | b. Kerja Sendiri                | <input type="checkbox"/> | e. Lain-lain (Nyatakan):-<br>..... |
|   | <input type="checkbox"/>  | c. Perkhidmatan Awam (Kerajaan) |                          |                                    |
| <b>2. PEKERJAAN SEKARANG</b><br><i>(Diisi Jika Berkaitan)</i><br><b>(Sila sertakan pengesahan pendapatan terkini)</b> | a. Pekerjaan:<br>.....  |                                 |                          |                                    |
|   | b. Nama & Alamat Majikan:<br>.....<br>..... c. No. Tel Majikan :..... |                                 |                          |                                    |

**VI. MAKLUMAT PENDAPATAN DAN PERBELANJAAN BULANAN PEMOHON / ISI RUMAH****1. PENDAPATAN BULANAN**

| NO. | SUMBER PENDAPATAN   | SENDIRI<br>(RM) | ISI RUMAH YANG<br>TINGGAL BERSAMA<br>(RM) |
|-----|---|-----------------|---|
| a.  | Jumlah pendapatan kasar bulanan (Gaji)  |                 |   |
| b.  | Sumbangan kewangan lain   |                 |   |
| c.  | Pencen bulanan (Pencen Ilat/Socso, dll)   |                 |   |
| d.  | Bantuan bulanan daripada agensi kerajaan yang lain<br>(Contoh : Baitulmal / Zakat, dll) |                 |   |
| e.  | Pendapatan bulanan lain (Nyatakan):-<br>.....   |                 |   |

**2. PERBELANJAAN BULANAN**

| NO. | JENIS PERBELANJAAN BULANAN   | PERBELANJAAN (RM) |
|-----|--|-------------------|
| a.  | Ansuran/Sewa Rumah   |                   |
| b.  | Ansuran Kenderaan<br><b>Jenis Kenderaan:</b> _____                                     |                   |
| c.  | Persekolahan   |                   |
| d.  | Pengangkutan   |                   |
| e.  | Perubatan <b>(Sila sertakan laporan perubatan yang terkini dari Hospital / Klinik)</b> |                   |
| f.  | Bil Utiliti (Elektrik / Air / Astro dll.)  |                   |
| g.  | Perbelanjaan Keluarga  |                   |
| h.  | Lain-lain (Nyatakan):-<br>.....  |                   |

NAMA : .....

NO. KP : .....

Saya seperti nama di atas mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah **BENAR**. Saya faham jika maklumat dan keterangan yang diberikan ini didapati tidak benar, bantuan / perkhidmatan yang saya atau keluarga saya terima dari Jabatan Kebajikan Masyarakat boleh **DITAMATKAN SERTA-MERTA**.

..... TARIKH : .....

( TANDATANGAN / CAP IBU JARI PEMOHON )

|               |   |
|---------------|---|
| <b>SAKSI*</b> | <p>Perakuan dibuat di hadapan:-</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(TANDATANGAN SAKSI)</p> <p>NAMA : .....</p> <p>NO. K/P: .....</p> <p>TARIKH : ..... NO. TEL : .....</p> |
|---------------|---|

**\* SAKSI TERDIRI DARIPADA WAKIL RAKYAT/PENGERUSI MAYANG/ NADI/ MPWK/ PENGHULU/KETUA KAUM/ KETUA KAMPUNG / PENERUSI JKJK/JKPP / IMAM / PEGAWAI KUMPULAN PENGURUSAN DAN PROFESIONAL DAN MANA-MANA PEGAWAI BAGI PEMOHON YANG HADIR TERUS KE PEJABAT .**

**NOTA:-**

*Borang JKM20 ini perlu diisi oleh **KLIEN** yang masih memerlukan bantuan selepas tempoh penerimaan bantuan berakhir. Borang ini perlu dihantar **TIGA BULAN** sebelum tamat tempoh bantuan supaya kajian semula dapat dilakukan. Kegagalan mengembalikan borang ini mengikut tempoh yang ditetapkan akan menyebabkan bantuan yang diterima tidak dapat diteruskan.*

**“Bantulah kami untuk membantu anda”**