

G : MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

Masalah kesihatan: Ada Jenis penyakit:
(Sila sertakan bukti dari hospital / klinik kesihatan kerajaan)

Tiada

Kecacatan: Ada Sila nyatakan:
(Sila lampirkan salinan kad Orang Kelainan Upaya)

Tiada

H : MAKLUMAT TANGGUNGAN / BUTIRAN AHLI KELUARGA

Sila isi butiran tanggungan / ahli keluarga yang duduk bersama pemohon dan sertakan salinan IC / MyKad / MyKid

Bil	Nama	No. K/P	Hubungan	Status Pekerjaan	Gaji(RM)

Komitmen lain: Ada Jenis komitmen:

Tiada

I : PENGAKUAN PEMOHON

Saya..... No. K/Pdengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar. Sekiranya didapati maklumat yang diberikan adalah palsu dan tidak benar, pihak Kerajaan Negeri Selangor berhak membatalkan permohonan ini dan mengenakan tindakan undang-undang ke atas diri saya.

.....
Tandatangan Pemohon

.....
Tarikh:

