

APPLICATION FORM LIMBS FOR LIFE PROSTHESES CENTRE

BORANG PERMOHONAN UNTUK PUSAT PROSTETIK LIMBS FOR LIFE

义肢中心申请表格

To be completed by Amputee

Diisikan oleh Amputee

由截肢人士填写

Please fill in the form completely. If any section of this form is left blank, it will be considered incomplete. Incomplete application will not be considered. This application must be completed in its entirety and supporting documents must be enclosed.

Sila isikan borang permohonan dengan lengkap. Maklumat yang tidak diisikan atau ditinggalkan kosong dalam borang ini akan dianggapkan sebagai tidak lengkap. Permohonan yang tidak lengkap tidak akan dipertimbangkan. Permohonan ini perlu diisi dengan lengkap dan disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan.

请完整填写表格。若有任何未填妥或资料遗漏之处，则将视为表格填写不完整而申请将不被受理。请完整填写申请表格并提交所有证明文件。

No.	Application Form Checklist / <i>Senarai Semak Borang Permohonan</i> / 申请表格清单		
1	Application Form Completed / <i>Borang Permohonan Dilengkapkan</i> / 已填妥申请表格	★	
2	Applicant's Signature (required) / <i>Tandatangan Pemohon (wajib)</i> / 申请人签名 (必须)	★	
3	NRIC (required) / <i>Kad Pengenalan (wajib)</i> / (身份证)	★	
4	Medical Report / <i>Laporan Perubatan</i> / 体检报告	★	
5	Passport sized Photo x 1 Piece / <i>Foto Saiz Pasport x 1 salinan</i> / 护照尺寸的人头照 x1 张		
6	OKU Card (if available) / <i>Kad OKU (jika ada)</i> / 残疾人士卡 (如有)		
7	Latest TNB Bill / <i>Bil Tenaga Elektrik Terkini</i> / 最新电费单		
8	Salary Voucher or EA Form / <i>Slip Gaji atau EA</i> / 薪水单或所得税表格		

★ Important / *Penting* / 重要



LIMBS FOR LIFE PROSTHESES CENTRE

(A welfare project of Bandar Utama Buddhist Society)

3, Jalan BU 3/1, Bandar Utama, 47800 Petaling Jaya

Selangor Darul Ehsan, Malaysia

Tel: 603 7710 6010 / 7710 6013

1 APPLICANT'S PARTICULARS / BUTIR-BUTIR PEMOHON / 申请人资料

Name / Nama / 姓名: _____ New NRIC No./ No K.P. / Baru / 新身份证号码: _____

Address / Alamat / 地址: _____

Age / Umur / 年龄: _____

Postcode / Poskod / 邮编: _____ Tel (H) / Tel (R) / 联络电话 (住宅): _____ Mobile / Tel (B) / 手机号码: _____

Sex / Jantina / 性别: M / L / 男 F / P / 女 Nationality / Warganegara / 国籍: _____

Race / Bangsa / 种族: Malay / Melayu / 巫裔 Chinese / Cina / 华裔 Indian / India / 印裔 Others / Lain-lain / 其他: _____

Marital Status / Status Perkahwinan / 婚姻状况: Single / Bujang / 单身 Married / Kahwin / 已婚 Widowed / Balu / 丧偶 Divorced / Bercerai / 离婚



(For Minors, Sections 2, 3, 4, 5, 6, 11 are to be completed by Parent/Legal Guardian*)
(Untuk budak bawah umur, Seksyen 2, 3, 4, 5, 6, 11 perlu diisi oleh Ibu Bapa/Penjaga*)
(若申请人尚未成年, 第 2、3、4、5、6、11 项必须由父母/法定监护人填写*)

2 ACCOMMODATION / PENGINAPAN / 住宿

Accommodation / Penginapan / 住宿: Own / Sendiri / 自置物业 Fully paid / Dibayar Sepenuhnya / 付清房款
 Installment / Ansuran / 按月供款 (RM _____ per month / sebulan / 每月)

Rent / Menyewa / 租屋 (Rental / Sewa / 租金 RM _____ per month / sebulan / 每月)

Type of Accommodation / Jenis Penginapan / 住宿类型: Flat / Pangsapuri / 公寓 Single Storey / Rumah Setingkat / 单层排屋
 Village House / Rumah Kampung / 村屋 Double Storey / Rumah Dua Tingkat / 双层排屋

3 EDUCATION BACKGROUND / LATAR BELAKANG PENDIDIKAN / 教育背景

Level / Tahap / 程度	Year / Tahun / 年份	Name of School / Nama Sekolah / 学府名称	Highest Qualification / Kelayakan Tertinggi / 最高学历
Primary / Sekolah Rendah / 小学	—		
Secondary / Sekolah Menengah / 中学	—		
University/College / Universiti/Kolej / 大学/学院	—		
Others / Lain-lain / 其他	—		

4

DETAILS OF EMPLOYMENT / BUTIRAN PEKERJAAN / 就业详情

Occupation / Pekerjaan / 职业: _____ Last Drawn Salary / Gaji Terakhir / 最后薪金额: _____

Name of Employer / Nama Majikan / 雇主姓名: _____

Address / Alamat / 地址: _____

Tel (O) / Tel (O) /

电话(办公室): _____

If unemployed, / Jika kini menganggur, / 若目前无业,

Date of unemployment / Tarikh pengangguran / 失业日期: _____ Reason / Sebab / 原因: _____

Please state name of last employer / Sila nyatakan nama majikan terakhir / 请注明前雇主名称: _____

Financial support currently received from external organisations / Sokongan kewangan kini yang diterima daripada organisasi luar / 目前向其它组织领取的金钱援助:

- Name of Organisation / Nama Organisasi / 组织名称: _____ RM: _____
- Name of Organisation / Nama Organisasi / 组织名称: _____ RM: _____

5

FAMILY INFORMATION / MAKLUMAT KELUARGA / 家庭资料

Name of Spouse / Nama Pasangan / 配偶姓名: _____ New NRIC No./ No K.P. Baru / 新身份证号码: _____

Occupation / Pekerjaan / 职业: _____ Contact / Nombor Hubungan / 联络电话: _____

No.	Name of Child / Nama Anak / 子女姓名	Age / Umur / 年龄	Occupation / Pekerjaan / 职业	Salary / Gaji / 薪资
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Name of Dependant Parents/Parents in law (staying with applicant/parent/legal guardian*)

Nama ibu bapa tanggungan (yang tinggal bersama pemohon/ibubapa/penjaga*)

受供养父母/配偶父母姓名 (与申请人/父母/法定监护人同住*)

No.	Name / Nama / 姓名	Age / Umur / 年龄	Remarks / Catatan / 备注
1			
2			

6

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME / PENDAPATAN ISI RUMAH TAHUNAN / 家庭年收入

Details / <i>Butir-butiran</i> / 详情	RM
Applicant/Parent/Legal Guardian* / <i>Pemohon/Ibu Bapa/Penjaga Sah*</i> / 申请人/父母/监护人*	
Spouse / <i>Pasangan</i> / 配偶	
Children / <i>Anak</i> / 子女	
Total / <i>Jumlah</i> / 总数	

7

DETAILS OF AMPUTATION / BUTIR-BUTIR AMPUTASI / 截肢详情

Cause of Amputation /
Punca Amputasi / 截肢原因:Accident / *Kemalangan* / 意外Illness / *Penyakit* / 疾病Birth Defect / *Kecacatan Kelahiran* / 先天性缺陷

Others /

Lain-lain / 其它: _____Please explain / *Sila terangkan* / 请说明: _____Date of Amputation /
Tarikh Amputasi / 截肢日期:Left Side / *Kiri* / 左边Date / *Tarikh* / 日期: _____Right Side / *Kanan* / 右边Date / *Tarikh* / 日期: _____Type of Amputation / *Jenis Amputasi* / 截肢类型:Below Knee - BK /
Bawah Lutut / 膝下截肢Above Knee - AK /
Atas Lutut / 膝上截肢Through Knee - TK /
Melalui Lutut / 经膝截肢Hip Disarticulation - HD /
Disartikulasi pinggul / 髋关节断离

SYME (赛姆截肢/踝部截肢)

Others / *Lain-lain* / 其它 _____

8

USE OF PROSTHESES / PENGGUNAAN PROSTETIK / 义肢使用

NO, never before worn prostheses / *tidak pernah pasang prostetik* / 从未配戴义肢NOT NOW, but previous had prostheses fitted / *KINI TIADA, tetapi sebelum ini prostetik pernah dipasang* / 目前没有, 但之前曾配戴义肢When / *Bila* /

配戴时期: _____

Company and place of issue of prostheses /
Syarikat dan lokasi keluaran prostetik / 供应义肢的公司和地点: _____YES, currently wearing prostheses / *YA, kini sedang memakai prostetik* / 目前正配戴义肢

Since when /

Sejak / 开始配戴日期: _____Company and place of issue of prostheses /
Syarikat dan tempat keluaran prostetik / 供应义肢的公司和地点: _____YES, current prostheses in need of repair / *YA, prostetik semasa memerlukan pembaikan* / 目前使用的义肢需要维修

Details of repair needed /

Butiran pembaikan diperlukan / 维修需要详情: _____

Ambulation /
Ambulasi / 行走活动:

Walk independently / *Berjalan secara bebas* / 独立行走

Uses support / *Menggunakan alat-alat bantuan* / 使用辅助设备

Other related health condition (Important to declare in full) / *Penyakit-penyakit lain berkaitan (penting untuk dinyatakan dengan penuh* / 其它相关健康状况(请完整声明):

I / Saya / 我, _____
NRIC / bernombor kad pengenalan / 身份证号码/ _____ the applicant/parent/legal guardian* declare that / *sebagai pemohon/ibu bapa/penjaga mengisytiharkan* / 身为申请人/父母/法定监护人谨此声明:

- a. The information given is true and I have not withheld any information required,
Maklumat-maklumat yang saya berikan adalah benar dan tidak ada sebarang penyembunyian.
我所提供的资料属实，并无隐瞒任何必需资料。
- b. I fully understand the procedure and risk involved.
Saya faham dengan sepenuhnya prosedur dan risiko yang terlibat.
我完全理解所涉及的过程和风险。
- c. I acknowledge and agree that Bandar Utama Buddhist Society and its employees, office bearers, committees, members, representatives, agents, volunteers, technicians, consultants, doctors and any other persons involved (“Indemnified Persons”) will not be held liable and I will have no claim against the Indemnified Persons for any damage and injury arising from or in connection with the procedure or the making, fitting or use of the prosthetic limb or any other service provided by any of the Indemnified Persons (“Events”). I agree and undertake to indemnify and keep the Indemnified Persons fully indemnified against all losses, damages, costs and expenses arising from any claim, action or legal proceedings in relation to any such Events.
Saya mengakui dan bersetuju bahawa Persatuan Agama Buddha Bandar Utama dan pekerja-pekerja, pemegang-pemegang jawatan, ahli-ahli jawatankuasa, ahli-ahli biasa, wakil-wakil, agen-agen, sukarelawan-sukarelawan, juruteknik-juruteknik, pakar-pakar runding, doktor-doktor dan individu-individu lain yang terlibat (“Penanggung Rugi”) tidak akan bertanggungjawab dan saya tidak akan membuat tuntutan terhadap Penanggung Rugi atas apa-apa kerosakan atau kecederaan yang timbul dari atau berkaitan dengan prosedur atau pembuatan, penyelarasan atau penggunaan anggota badan prostetik atau apa-apa perkhidmatan yang dibekalkan oleh mana-mana pihak Penanggung Rugi (“Peristiwa”). Saya bersetuju dan berjanji untuk menanggung dan memastikan Penanggung Rugi ditanggung rugi sepenuhnya atas kerugian, kerosakan, kos dan perbelanjaan ekoran apa-apa tuntutan, tindakan atau prosiding undang-undang bagi mana-mana Peristiwa.
我确认和同意万达镇佛教会及其雇员、执委、理事会、会员、代表、代理、义工、技术人员、顾问、医生和其他任何参与人士（本文统称为“被免责人士”）无需对他们所提供的手术或义肢制作、装配或使用，或是其它任何服务所造成或有关的任何损害和受伤（本文统称为“事件”）负责，而且我将不会就事件向被免责人士索求赔偿。我同意和保证赔偿和持续全面赔偿被免责人士与此类事件有关联的索赔、诉讼和法律程序所引致的一切损失、损害、费用和开支。
- d. If I have withheld or given false or incorrect information, Bandar Utama Buddhist Society reserves the right to recover the cost of fixing the prosthetic limb from me.
Sekiranya saya didapati menyekat atau menyembunyi apa-apa maklumat yang palsu atau tidak betul, Persatuan Agama Buddha Bandar Utama berhak menuntut kos bagi memperbaiki anggota badan prostetik daripada saya.
若我有隐瞒或提供虚假或不正确信息，万达镇佛教会保留权利向我收回义肢安装费用。
- e. I hereby give consent to the use of photographs, video or any mediums taken of me/the applicant.
Saya dengan ini bersetuju dengan gambar-gambar, video atau apa-apa perantara yang diambil ke atas saya / pemohon.
我谨此同意使用我/申请人的照片、视频或任何形式媒体。

f. I understand that Bandar Utama Buddhist Society reserves the right to reject my application without assigning any reasons hereof.

Saya faham bahawa Persatuan Agama Buddha Bandar Utama berhak menolak permohonan saya tanpa memberi sebarang penjelasan.

我明白万达镇佛教会可保留权利拒绝我的申请，而无需给予任何理由。

g. Patient shall not attempt to modify or alter anything on the prostheses given at any time to avoid any damages to the prostheses. Any unauthorised modification or adjustments is prohibited and will void any warranty given and we reserve the right to reject and close the file on the patient.

Pesakit tidak dibenarkan untuk membuat sebarang perubahan di atas prostetik pada bila-bila masa bagi mengelak sebarang kerosakan. Sebarang perubahan tanpa kelulusan adalah tidak dibenarkan dan akan menyebabkan pembatalan jaminan. Kami mempunyai hak untuk menolak fail penerima sumbangan jika berbuat demikian.

病人不可试图在任何时候修改或改变义肢任何部分以免损坏义肢。严禁任何未经授权的修改或调整，否则将取消所给予的保证，同时保留权利拒绝接受病人并结束病人档案。

h. Personal Data Protection Act 2010 - By signing this form, you consent to us processing and using your personal data in the manner as permitted by law and as stated in our Privacy Policy. An online copy of our latest Privacy Policy is located at www.bubs.my and www.limbsforlife.my

Dengan menandatangani borang ini, anda memberikan kebenaran bagi pihak kami untuk memproses dan menggunakan data peribadi anda yang dibenarkan oleh undang-undang dan dalam kandungan polisi kami.

Salinan polisi privasi kami boleh didapati di laman web www.bubs.my dan www.limbsforlife.my

2010年个人资料保护法令 (Personal Data Protection Act 2010) - 签署此表格即表示您同意我们按法律允许以及我们的隐私政策所述的方式处理和使用您的个人资料。www.bubs.my 和 www.limbsforlife.my 网站上存有我们最新的隐私政策副本。

11

ACKNOWLEDGEMENT AND OFFER OF CONTRIBUTIONS / PENGAKUAN DAN TAWARAN SUMBANGAN / 鸣谢与捐献

I acknowledge with gratitude and thank the gift of artificial limb from your Centre.

I understand that Limbs for Life Prostheses Centre (a welfare project of Bandar Utama Buddhist Society) is a non-profit organisation funded by donations and set up for the purpose of helping the needy and the underprivileged regardless of race and religion. I am pleased to make a contribution/pledge of RM _____ for the benefit of other amputees and to help defray the cost of managing the Prostheses Centre.

Saya terima sumbangan anggota prostetik yang diberikan oleh pihak anda dengan penuh kesyukuran. Saya faham bahawa Pusat Prostetik Limbs for Life (sebuah projek kebajikan Persatuan Agama Buddha Bandar Utama) adalah sebuah pertubuhan yang tidak memperolehi sebarang keuntungan yang dibiayai dengan sumbangan derma dan ditubuhkan untuk membantu golongan yang memerlukan tanpa mengira kaum atau agama. Saya dengan suka cita ingin memberi sumbangan RM _____ untuk memanfaatkan amputees lain serta membantu membiayai kos pengurusan Pusat Prostetik.

我由衷感激贵中心献给我的义肢。我明白义肢中心（万达镇佛教会的福利项目）是依靠捐款资助的非营利组织，其成立目的是不分种族和宗教地帮助有需要及贫困人士。我很乐意捐献/许诺捐助 RM _____ 以惠其他截肢者及帮助分担义肢中心的管理费用。

Applicant/Parent/Legal Guardian* Signature/Right Thumb Print/
Tandatangan Pemohon/Ibu Bapa / Penjaga*/Cap Ibu Jari Kanan/
申请人/父母/法定监护人*签名 / 右手拇指盖印/

Tel/No. Tel/ 电话: _____

Witnessed by /

Disaksikan oleh / 见证人: _____

New NRIC No./

No. K.P. Baru / 新身份证号码: _____

Relationship /

Hubungan / 关系: _____

Date / Tarikh / 日期

Tel/ No.

Tel/ 电话: _____

* Delete as appropriate / Potongkan bahagian yang tidak berkenaan / 删除不适用之处

Failure to provide required supporting document will delay the application process / gagal menghantar dokumen sokongan akan menangguhkan proses permohonan / 资料不全将耽误申请程序

- Photocopy of IC, OKU Card & Latest Passport Size Photo (1 copy) / Salinan Kad Pengenalan, Kad OKU & Foto Terkini Saiz Pasport (1 salinan) / 身份证和残疾人士卡复印本以及最新护照尺寸照片 (一份)
- Photocopy of Birth Certificate or Adoption Certificate (for minor) / Salinan Sijil Kelahiran atau Sijil Pengangkatan Anak Angkat (untuk budak bawah umur) / (未成年者) 报生纸或领养证书复印本
- Medical Report (such as Hospital's Discharged Summary, etc.) / Laporan Perubatan (seperti Ringkasan Pelepasan Hospital & sebagainya) / 医药报告 (如出院小结报告等)
- Doctor's Recommendation Report / Laporan Cadangan Doktor / 医生治疗建议报告
- Relevant salary slip or EA Form / Salinan slip gaji atau EA berkenaan / 相关薪水单或所得税 EA 表格
- Photocopy of latest TNB bill / Salinan bil elektrik terkini / 最新电费单复印本

FOR OFFICE USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA / 只限办公室用

Information Checked and Verified By /

Maklumat Disemak dan Disahkan Oleh / 资料审查核实者: _____

Comments / Komen / 建议: _____

Signature / Tandatangan / 签名: _____ Date / Tarikh / 日期: _____

Approval by LFLMC / Kelulusan oleh LFLMC / LFLMC 批准: Yes / Ya / 是 No / Tidak / 否

Comments / Komen / 建议: _____

Name / Nama / 姓名: _____ Signature / Tandatangan / 签名: _____ Date / Tarikh / 日期: _____

Name / Nama / 姓名: _____ Signature / Tandatangan / 签名: _____ Date / Tarikh / 日期: _____

How did the applicant get to know about Limbs for Life Prosthesis Centre?

- Referral from doctor / hospital Specify: _____
- Recommended by existing patient Specify: _____
- Recommended by NGOs/organisations Specify: _____
- Traditional media (prints/radio/TV/outdoor) Specify: _____
- Social media or internet Specify: _____
- Others Specify: _____

DOCTORS REPORT & RECOMMENDATION / LAPORAN & CADANGAN DOKTOR / 医生建议和报告

1 DOCTORS REPORT & RECOMMENDATION / LAPORAN & CADANGAN DOKTOR / 医生建议和报告

- a. Summary of medical report /
Ringkasan laporan perubatan / 医药报告摘要: _____

- b. Recommendation / Cadangan / 建议: _____

- c. Type of Prostheses / *Jenis Prostetik / 义肢类型:* _____
- d. Prostheses Repair Requirement /
Keperluan Pembaikan Prostetik / 义肢修复需要: _____
- e. Prostheses Fitting not recommended because /
Pemasangan Prostetik tidak disyorkan kerana / 不建议安装义肢理由: _____

- f. Other comments / *Komen lain / 其他建议:* _____

Name of Doctor / *Nama Doctor / 医生姓名*

Signature / *Tandatangan / 签名*

Date / *Tarikh / 日期*

2 EVALUATION AND FOLLOW UP / PENILAIAN DAN SUSULAN / 评估和复诊

- a. GAIT Analysis / *Analisis GAIT / 步态分析:* _____
- b. Check out Evaluation / *Penilaian / 评估:* _____
- c. Recommended Follow Up / *Susulan Disyorkan / 复诊建议:* _____

Name of Doctor / *Nama Doctor / 医生姓名*

Signature / *Tandatangan / 签名*

Date / *Tarikh / 日期*