

**BORANG PEMBATALAN PERMOHONAN/KELULUSAN BANTUAN PERUBATAN  
UNIT KERJA SOSIAL PERUBATAN**

**HOSPITAL PENGAJAR UNIVERSITI SULTAN ZAINAL ABIDIN**

| A. MAKLUMAT PESAKIT |  |                     |  |
|---------------------|--|---------------------|--|
| Nama                |  | No. MRN             |  |
| Umur                |  | No. Kad Pengenalan  |  |
| Taraf Perkahwinan   |  | No. Telefon         |  |
| Pekerjaan           |  | Pendapatan          |  |
| Alamat Rumah        |  | Alamat Tempat Kerja |  |

| B. PEMBATALAN BANTUAN PERUBATAN (Sila tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan)                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saya dengan ini ingin membatalkan permohonan/ kelulusan bantuan perubatan yang diberikan kepada saya atas sebab yang berikut:                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tidak mahu menjalani prosedur rawatan<br>Berkemampuan untuk membiayai kos prosedur rawatan<br>Mencari rawatan alternatif<br>Mengambil ubat sahaja<br>Lain-lain sebab (nyatakan):<br>..... |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |
| Tandatangan:<br>.....                                                                                                                                                                                                                              | Tarikh:<br>.....         |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                           |

| C. KEGUNAAN PEJABAT UKSP SAHAJA                                        |                         |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Catatan (diisi oleh Pegawai UKSP):<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |                         |
| Tarikh penerimaan borang rujukan:                                      | Tarikh Surat Kelulusan: |
| No. Rujukan surat kelulusan:                                           | Tarikh Surat Kelulusan: |

\*Potong yang mana tidak berkenaan