



# KOPENAS

(KOOP NEGARA NO.72)

## KOPERASI PERKHIDMATAN PELAJARAN NASIONAL BERHAD

No. 9-1 & No. 9-2B Ukay Boulevard, Jalan Lingkaran Tengah 2, Off Jalan Hulu Kelang 68000 Ampang, Selangor Darul Ehsan  
Tel: 03-4162 2622/ 4162 8917 Fax: 03-4161 1459 Email: pengurusan@kopenas.my

### BORANG PERMOHONAN BANTUAN TABUNG EHSAN

**Kepada**

**Setiausaha Kehormat**

**Koperasi Perkhidmatan Pelajaran Nasional Berhad (KOPENAS)**

**No. 9-1 & No. 9-2B Ukay Boulevard, Jalan Lingkaran Tengah 2, Off Jalan Hulu Kelang 68000 Ampang, Selangor.**

#### PERMOHONAN BANTUAN TABUNG EHSAN

Saya ingin memohon (Sila tandakan yang mana berkenaan)

- |                          |                                 |                          |              |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Penyakit                        | <input type="checkbox"/> | Banjir       |
| <input type="checkbox"/> | Pembedahan                      | <input type="checkbox"/> | Kebakaran    |
| <input type="checkbox"/> | Kemasukan Wad                   | <input type="checkbox"/> | Tanah Runtuh |
| <input type="checkbox"/> | Kemalangan (Kecederaan Fizikal) |                          |              |

Nama : \_\_\_\_\_ No. Anggota: \_\_\_\_\_

No. KP Baru : \_\_\_\_\_ No. Telefon: \_\_\_\_\_

Alamat Tetap : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nama Ketua Jabatan dan Alamat:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ingin memohon bantuan ini kerana saya menghadapi musibah seperti berikut:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bersama ini disertakan salinan bukti seperti berikut untuk pengesahan musibah yang menimpa:

- |                          |                                |                          |  |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Salinan Kad Pengenalan Anggota | <input type="checkbox"/> | Salinan Laporan Hospital/ Laporan Doktor             |
| <input type="checkbox"/> | Salinan Laporan Polis          | <input type="checkbox"/> | Salinan Sijil Discaj (Bagi Permohonan Kemasukan Wad) |
| <input type="checkbox"/> | Gambar                         |                          |  |

Saya mengaku bahawa butiran-butiran di atas adalah benar.

Tandatangan Pemohon : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**PENGESAHAN OLEH KETUA JABATAN/ MAJIKAN/ PENGHULU**

Saya mengesahkan bahawa laporan dan kesulitan yang dihadapi oleh pemohon adalah **BENAR/ TIDAK BENAR.**

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama dan Cop Jawatan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**MAKLUMAT TERIMAAN BAYARAN ANGGOTA**

Nama Bank : \_\_\_\_\_

No. Akaun Bank : \_\_\_\_\_

No. KP Baru : \_\_\_\_\_

\*Ruangan ini wajib diisi oleh anggota dan sertakan salinan maklumat pengesahan akaun

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

Tarikh Daftar Keanggotaan : \_\_\_\_\_

Tempoh Menjadi Anggota : \_\_\_\_\_

Jumlah Yuran Terkumpul : \_\_\_\_\_

Jumlah Saham Terkumpul : \_\_\_\_\_

**DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN**

Jumlah Sumbangan Dikeluarkan RM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( ) ( ) ( )