



**BORANG PERMOHONAN
PROGRAM BANTUAN LESEN MEMANDU (MyLESEN)
PERINGKAT/ BERSAMA**

LAMPIRAN A

NO.:	
Dua (2) keping gambar berukuran pasport (Latar belakang putih)	

MAKLUMAT PERIBADI PESERTA

Nama :		
No. Kad Pengenalan :	Jantina : <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	Umur :
Alamat :		
Alamat e-Mel :		
No. Tel. Bimbit :	No. Tel. Rumah/ Pejabat :	
Pekerjaan :	Jenis Bantuan Kerajaan Yang Diterima: eKasih/ Zakat/ Baitulmal/ JKM/ JAKOA/ LHDN/ Lain-lain (nyatakan)	
Nama Majikan :		

KEBENARAN IBU/ BAPA/ PENJAGA (BAGI PEMOHON DI BAWAH 18 TAHUN)

Nama Ibu/ Bapa/ Penjaga :	
No. Kad Pengenalan :	No. Tel. Bimbit :
Dengan ini *MEMBENARKAN / TIDAK MEMBENARKAN Anak/ Jagaan saya untuk menyertai Program ini.	
..... (Tandatangan Ibu/ Bapa/ Penjaga) (Tarikh)

PENGAKUAN PEMOHON

Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar. Saya faham dan sedar bahawa saya perlu memenuhi dan mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan bagi Program ini. Saya juga sedar dan akur bahawa penyertaan ke Program ini boleh dibatalkan sekiranya saya gagal mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan oleh pihak Jabatan Pengangkutan Jalan Malaysia/ Penganjur.

..... (Tandatangan Pemohon) (Tarikh)
--------------------------------	-------------------

PENGESAHAN WAKIL RAKYAT/ PEJABAT PARLIMEN/ AGENSI KERAJAAN/ KETUA KAMPUNG

Adalah disahkan bahawa maklumat yang dikemukakan adalah sah. Permohonan ini ***DISOKONG/ TIDAK DISOKONG**.

..... (Tandatangan Pihak Berkenaan) (Tarikh)	
--	-------------------	--

***UNTUK KEGUNAAN PEJABAT JPJ SAHAJA**

--

*Potong yang tidak berkenaan



BORANG PERAKUAN KESIHATAN CALON PROGRAM BANTUAN LESEN MEMANDU (MyLESEN)

JPJ Negeri/ WP :
Nama Program :

Untuk Kegunaan Pejabat:
Keputusan Saringan:

- Lulus
 Gagal
 Perlu pemeriksaan/
pengesahan doktor

1. MAKLUMAT PERIBADI PESERTA

Tarikh :

Nama :

Alamat :

No. Kad Pengenalan:

Umur:

Tarikh Lahir:

Jantina :LELAKI/ PEREMPUAN

Kumpulan Darah:

2. SEJARAH PERIBADI PESERTA *

Merokok :

YA / TIDAK

Alkohol :

YA / TIDAK

3. SEJARAH KESIHATAN PESERTA *

Asma:

YA / TIDAK

Epilepsy (Sawan):

YA / TIDAK

Lain-lain masalah
kesihatan (Nyatakan):

Masalah Jantung:

YA / TIDAK

TB:

YA / TIDAK

Diabetis:

YA / TIDAK

Gangguan Pendarahan:

YA / TIDAK

OKU (Nyatakan) :

Psychiatric:

YA / TIDAK

Darah Tinggi:

YA / TIDAK

Menjalani Pembedahan:

YA / TIDAK

Penyakit Telinga:

YA / TIDAK

4. SILA JAWAB SOALAN BERIKUT BERKENAAN SEJARAH MASA LALU ATAU SEMASA ANDA:*

- A. Adakah anda hamil, atau anda dalam proses kehamilan? YA TIDAK
- B. Adakah anda merasa sakit di dada apabila anda melakukan aktiviti fizikal? YA TIDAK
- C. Adakah anda pernah terlibat dengan apa-apa kemalangan menghadkan pelaksanaan aktiviti fizikal? YA TIDAK
- D. Adakah anda pernah hilang pengawalan diri disebabkan kepeningan atau hilang kesedaran? YA TIDAK
- E. Adakah anda mempunyai masalah tulang atau sendi (Contohnya tulang belakang, lutut atau pinggul) dan akan bertambah teruk jika melakukan aktiviti fizikal? YA TIDAK
- F. Adakah doktor anda mempreskripsikan ubat/dadah untuk sebarang rawatan kesihatan anda sekarang? YA TIDAK

* Tandakan YA/TIDAK pada ruang yang disediakan.

Jika jawapan anda "YA" kepada satu atau lebih soalan pada **Perkara 3** dan **Perkara 4**, kami menasihati supaya anda untuk menghubungi doktor anda sebelum melibatkan diri dalam Program MyLesen.

5. PERAKUAN

- i. Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.
- ii. Saya tidak akan membuat sebarang tuntutan kepada Kerajaan Malaysia/ Jabatan Pengangkutan Jalan Malaysia atau Penganjur jika berlaku sebarang kemalangan disebabkan faktor kesihatan saya sepanjang Program MyLesen ini dan saya bersetuju untuk bertanggung jawab mengenai kegagalan saya untuk mendedahkan apa-apa keadaan kesihatan yang sedia ada atau yang lalu.

Tandatangan Peserta :

.....

Nama:

Tarikh: