



**BORANG SOAL SELIDIK SOSIO EKONOMI
PEMOHON BANTUAN PENDIDIKAN
INSTITUT PENGAJIAN TINGGI**

(A) Maklumat Pemohon

| | | |
|--|---|--|
| Nama Penuh | : | |
| No. Kad Pengenalan | : | |
| Alamat Tempat Tinggal Tetap | : | |
| Nama Institut Pengajian Tinggi | : | |
| Program Pengajian | : | |
| Semester Pengajian Semasa | : | |
| Tarikh Kemasukan Pendaftaran Awal Pengajian di IPT | : | |

(B) Maklumat IbuBapa / Penjaga

| | |
|--|---|
| Nama Bapa | : |
| Nama Ibu | : |
| Nama Penjaga (yang berkenaan) | : |
| Pekerjaan Bapa | : |
| Pekerjaan Ibu | : |
| Pekerjaan Penjaga (yang berkenaan) | : |
| Bilangan menanggung / menyara anak yang masih bersekolah / belajar (orang) | : |
| Bilangan menanggung / menyara anak yang tidak bersekolah & tidak bekerja | : |

(C) Komitmen Bayaran

Bayaran Bil (sila lampirkan salinan Bil 3 bulan yang terkini)

| | (Jumlah bayaran 3 bulan) | Tandakan (/ atau X) |
|--------------|--------------------------|----------------------|
| i. Elektrik | - (RM) | <input type="text"/> |
| ii. Air | - (RM) | <input type="text"/> |
| iii. Telefon | - (RM) | <input type="text"/> |
| iv. Astro | - (RM) | <input type="text"/> |
| v. Internet | - (RM) | <input type="text"/> |

(Lengkapkan di ruangan yang berkaitan)

| Bil | Butiran | Kuantiti/Keterangan | Jumlah (RM) |
|-----|---|---------------------|-------------|
| 1 | Bayaran ansuran rumah/sewa (sebulan) | | |
| 2 | Bayaran persekolahan anak/tanggungan (sebulan) | | |
| 3 | Bayaran perubatan sendiri (sebulan) (*sila sertakan salinan pengesahan laporan perubatan daripada pegawai perubatan yang bertauliah dan salinan resit bayaran perubatan) | | |
| 4 | Bayaran perubatan tanggungan (sebulan) (*sila sertakan salinan pengesahan laporan perubatan daripada pegawai perubatan yang bertauliah dan salinan resit bayaran perubatan) | | |
| 5 | Lain-lain (nyatakan): | | |

(E) Maklumat Tambahan

Nyatakan jawapan "Ya" atau "Tidak"

| Soalan | IbuBapa/Penjaga | | Pelajar | |
|--|---|-------|---------|-------|
| | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| i) Bantuan yang diterima daripada Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA) | | | | |
| 1 | Adakah anda penerima bantuan Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA) (Jika "Ya", sila nyatakan jenis penyakit) | | | |
| ii) Bantuan Yang Diterima Daripada Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) | | | | |
| 1 | Adakah anda cacat anggota atau hilang upaya seluruh anggota (Jika "Ya", sila nyatakan jenis penyakit) | | | |
| 2 | Adakah anda penerima bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat | | | |
| 3 | Adakah anda menghidap penyakit kronik (Jika "Ya", sila nyatakan jenis penyakit) | | | |

| Soalan | | IbuBapa/Penjaga | | Pelajar | |
|--|--|-----------------|-------|---------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| iii) Bantuan Yang Diterima Daripada Institusi Zakat / Baitulmal | | | | | |
| 1 | Adakah anda penerima bantuan Institusi Zakat / Baitulmal (Jika "Ya", sila nyatakan jenis penyakit) | | | | |
| iv) Bantuan Yang Diterima Daripada Badan Bukan Kerajaan (NGO) | | | | | |
| 1 | Adakah anda penerima bantuan Badan Bukan Kerajaan (NGO) (Jika "Ya", sila nyatakan) | | | | |

| Soalan | | IbuBapa/Penjaga | | Pelajar | |
|--|--|-----------------|-------|---------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| v) Bantuan Yang Diterima Daripada Syarikat Berkaitan Kerajaan (GLC) | | | | | |
| 1 | Adakah anda penerima Syarikat Berkaitan Kerajaan (GLC) (Jika "Ya", sila nyatakan) | | | | |
| vi) Lain-lain bantuan yang diterima; | | | | | |
| | (Jika "Ya", sila nyatakan) | | | | |

(F) Perakuan

Saya akui bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar. Sekiranya maklumat itu didapati palsu, saya boleh didakwa dan permohonan saya akan dibatalkan dengan serta-merta tanpa prejudis oleh pihak JAKOA.

| | |
|------------------------|------------------------|
| (Tandatangan) | (Tandatangan) |
| Nama Pemohon : | Nama IbuBapa/Penjaga : |
| No. Kad Pengenalan: | No. Kad Pengenalan: |

| |
|---|
| Saksi |
| (Tandatangan) |
| Nama Saksi (Batin / Pengerusi MPKKOA) : |
| No. Kad Pengenalan: |

| |
|-------------------------------|
| URUSAN PEJABAT (JAKOA) |
|-------------------------------|

| | |
|------------------------------|--|
| (Tandatangan PKOAD) | (Tandatangan Pengarah JAKOA Negeri) |
| Nama : | Nama : |
| Cop Jawatan: | Cop Jawatan: |