

MEMBERSHIP FORM (Spina Bifida Member)
BORANG KEAHLIAN (Ahli Spina Bifida)

1. Member's Personal Details
Maklumat Peribadi Ahli

Date of Enrolment :
 Tarikh Permohonan:

Name: <i>Nama:</i>	I/C No: <i>No KP:</i>
Gender: <i>Jantina:</i>	Nationality: <i>Warganegara:</i>
Race: <i>Bangsa:</i>	Religion: <i>Agama:</i>
Phone/Mobile Number: <i>No Telefon/Telefon Bimbit:</i>	Email Address: <i>Alamat E-mel:</i>
Permanent/Mailing Address: <i>Alamat Rumah:</i>	
Diagnosis: <i>Diagnosa:</i>	

Please fill up/tick whichever applicable
 Sila isi/tandakan yang berkenaan

Child SB (below 21 years old) <i>Kanak-Kanak SB (21 tahun ke bawah)</i>		Adult SB (21 years old and above) <i>Dewasa SB (21 tahun dan ke atas)</i>	
Educational level <i>Tahap Pembelajaran</i>	Attending School - normal stream <i>Belajar di Sekolah aliran biasa</i>	Married <i>Sudah Berkahwin</i>	Yes <i>Ya</i>
	Attending School - special stream <i>Belajar di Sekolah aliran khas</i>		No <i>Tidak</i>
	Attending college/vocational college <i>Belajar di Kolej /Kolej Vokasional</i>	No of Children (if married): <i>Bilangan Anak (jika berkahwin):</i>	
	Other educational programs, please state: <i>Kursus/Program berlainan, Sila Nyatakan:</i>	Highest Education Level: <i>Tahap Pendidikan Tertinggi:</i>	
		Occupation: <i>Pekerjaan:</i>	

2. Functional Status (Please tick and fill up whichever applicable)
Tahap Kefungsian (sila isi/tandakan yang berkenaan)

Functional Problems <i>Fungsi yang Terjejas</i>	Describe <i>Nyatakan</i>
Mobility / Mobiliti	
Bladder Continence / Kawalan pundi kencing	
Bowel Continence / Kawalan usus/ buang air besar	
Others / Lain- lain	

3. FAMILY BACKGROUND (please fill up if under parental/family support)

MAKLUMAT KELUARGA (Sila isikan jika di bawah tanggungan ibu bapa/penjaga)

Father/Guardian 1 <i>Bapa/Penjaga 1</i>	Name: <i>Nama:</i>
	Phone/Mobile Number: <i>No Telefon/Telefon Bimbit:</i>
	Occupation: <i>Pekerjaan:</i>
Mother/Guardian 2 <i>Ibu/Penjaga 2</i>	Name: <i>Nama:</i>
	Phone/Mobile Number: <i>No Telefon/Telefon Bimbit:</i>
	Occupation: <i>Pekerjaan:</i>
Siblings <i>Adik-beradik</i>	No of Siblings: <i>Bilangan Adik-Beradik:</i>

The information that I have given herein is true to the best of my belief and knowledge. I understand that any and/or all information contained in this form shall be kept and treated with the utmost confidentiality in accordance with the Personal Data Protection Act 2010. I further understand and acknowledge that the personal data that I have provided voluntarily may be processed and used strictly for the activities and operations of Persatuan Spina Bifida Malaysia (SIBIAM) who may wish to use, reproduce, report, transmit, publish, broadcast and/or post any such information without further reference to me. AND I execute and attest my signature hereto having acknowledged and consented that I am agreeable to this policy.

Maklumat yang saya berikan di sini adalah benar mengikut kepercayaan dan pengetahuan saya. Saya maklum bahawa apa-apa dan / atau semua maklumat yang terkandung di dalam borang ini akan disimpan dan digunakan dengan penuh kerahsiaan menurut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. Saya selanjutnya maklum bahawa data peribadi yang saya berikan secara sukarela boleh diproses dan digunakan untuk kegiatan dan operasi Persatuan Spina Bifida Malaysia (SIBIAM) yang dibenarkan untuk mengguna, menghasil, melapor menghantar dan / atau menyiar maklumat tersebut tanpa rujukan lanjutan kepada saya. DAN saya turunkan tandatangan saya di sini sebagai pengesahan saya bersetuju dan memberi kebenaran dengan dasar ini.

Signature/Tandatangan