



TABUNG KEBAJIKAN STAF (STAF WELFARE FUND)

No. Tel: 05-450 6864 / Faks: 05-450 5429

BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN ELAUN MASUK WAD (WARDED ALLOWANCE CLAIM FORM)

Nama Staf :

No. Staf : No. K/P:

Pusat Tangungjawab :

No. Tel :

Tarikh Masuk Wad* :

Tarikh Keluar Wad* :

Dokumen Sokongan : Borang *Discharge Note*/ Resit Bayaran Masuk Wad (Asal)/
Surat Akuan Doctor (Time Slip)

Perakuan Pemohon;

Saya mengesahkan semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah benar.

.....
Tandatangan

.....
Tarikh

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Tarikh tuntutan diterima :

Tarikh diluluskan :

Jumlah diluluskan (RM)**:

Tandatangan Pegawai;

.....
Tandatangan/Cop

.....
Tarikh

Catatan: * Elaun Wad bagi sebarang penyakit: RM20.00 Sehari (Maksima selama 14 hari) kecuali bersalin

** Bayaran dibuat melalui bendahari

