

Note: Application forms, relevant documents submitted will not be returned. Rejected applications will be destroyed.

Telephone 热线: 6559 2630 (Main office)

Email 电邮: enquiries@kdf.org.sg

(A) PREFERRED DIALYSIS SCHEDULE 优选的治疗时段. Please circle desired dialysis shift and timing 请圈出需要的时段

Monday 周一, Wednesday 周三, Friday 周五 / Tuesday 周二, Thursday 周四, Saturday 周六

Morning 早晨 7 am / Afternoon 中午 12 noon / Evening 傍晚 5 pm

(B) PERSONAL PARTICULARS 个人档案. Pls fill in or circle the correct information 请填入或圈出资料

Name 姓名 (Underline Surname): Mr 先生 / Mrs 女士 / Mdm 夫人 / Miss 小姐		NRIC No. 身份证号码: Pink/ Blue 粉红 / 蓝	Effective Date: Sex 性别: Male 男 / Female 女
Home Address: 住家地址 Postal Code 邮区号码:		Office Tel 办公室电话号码: Home Tel 住家电话号码: HP 手提电话:	Attach a recent passport photograph 请附贴一张近期的照片
Age 年龄:	Date of Birth 出生日期: (dd /mm /yyyy)	Nationality 国籍:	
Race: Chinese / Malay / Indian 种族: 华族 / 马来族 / 印度族 Others please specify: 其他请注明: _____		Religion: Buddhist/ Christian / Muslim/ Hindu 宗教: 佛教 / 基督教 / 回教 / 兴都教 Others please specify: 其他请注明: _____	
Marital Status: Single 未婚 / Married 已婚 / Divorced 离婚 / 婚姻状况: Separated 分居 / Widowed 鳏寡		Highest Educational Qualification: 最高教育程度:	
Language 语言/ Dialect Spoken 方言: English 英语 / Mandarin 华语 / Malay 马来语 / Tamil 淡米尔语 / Cantonese 粤语 / Hokkien 厦语 / Teochew 潮语 / Hakka 客语 / Others 其他 _____		Language Written 语文: English 英文 / Chinese 华文 / Malay 马来文 / Tamil 淡米尔文 / Others 其他 _____	
Mobility Status 行动能力: Wheelchair 需要轮椅 / Assistance required 需要人协助 / Independent 独立自行			
Care Giver presence for dialysis session 看护者陪同: No 没有 / Yes 有			
Type of residential property: HDB Flat _____ Rooms / HDB Executive / HDB Maisonette / HUDC / Private Apartment / Terrace House / Semi-Detached House / Bungalow / Shop House 住宅类别: 政府组屋 _____ 房式 / 共管式公寓 / 私人公寓 / 私人排屋 / 私人独立式屋 / 店屋			
Ownership of residential property: Purchased / Rented 住宅拥有权: 自购 / 租用			
Nature of rent: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Room (s) / Whole flat / Whole Private Apartment / Whole house 租用性质: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 间房间 / 整间组屋单位 / 整间公寓单位 / 整间房屋			
(C) EMPLOYMENT INFORMATION 雇用资料. Pls fill in or circle the correct information 请填入或圈出资料			
Employed Full-Time 全职 / Employed Part-Time 兼职 / Retired 退休 / Unemployed 没受雇		Occupation 职业:	
Name of Company 公司名称:		Company Address 公司地址:	
Gross Monthly Salary 月薪总额:		Date Joined 聘用日期:	
If unemployed, pls indicate reason for unemployment: Taking care of family / Feeling too ill to work / Certified Medically unfit by doctor / Retrenched 没受雇的原因: 照顾家庭 / 感觉虚弱 / 医生证实不适合就业 / 被裁退			

(E) FINANCIAL INFORMATION 财务状况. Pls fill in or circle the correct information 请填入或圈出资料

<p>Medical Insurance Coverage 医药保险:</p> <p>a) Medishield Life 终生健保双全:</p> <p>b) Incomeshield 英康保健:</p> <p>Plan A 计划 / Plan B 计划 / Plan C 计划</p> <p>c) Others (please specify) 其他的保险:</p> <p>Insurance Co. 保险公司 _____</p> <p>HD/ PD Insurance coverage 肾脏治疗受保率 _____%</p> <p>HD/ PD Insurance coverage ceiling 肾脏治疗受保限额</p> <p>\$ _____</p>	<p>Medisave 保健储蓄:</p> <p>No 没有 / Yes 有, Amount 存额: \$ _____</p> <p>Financial help from other charity/ government agencies 其他慈善/政府机构给予的经济援助: No 没有 / Yes 有</p> <p>Amount 存额: \$ _____ per month 每月</p> <p>Name of organization 机构名: _____</p> <p>Medifund Assistance 受保健基金资助: No 没有 / Yes 是</p> <p>For Civil Service Card (CSC) applicants only 只予公务员证持有人:</p> <p>Holder 持有者: _____% / Dependent 家属: _____%</p>
--	--

(F) HISTORY OF DIALYSIS TREATMENT 洗肾治疗病例. Pls fill in or circle the correct information 请填入或圈出资料

Name of Doctor 医生姓名: _____ MSW 社工: _____

From 医务处: SGH 中央医院 / NUH 国大医院 / NGTFH 黄廷芳综合医院 / TTSH 陈篤生医院 / KTPH 邱德拔医院 / SKH 盛港综合医院
AH 亚历山大医院 / CGH 樟宜综合医院 / Private Centre 私营中心
(please specify 请注明) _____

Currently receiving HD treatment at 正在何处接受血液透析治疗:

SGH 中央医院 / NUH 国大医院 / NGTFH 黄廷芳综合医院 / TTSH 陈篤生医院 / KTPH 邱德拔医院 /
AH 亚历山大医院 / CGH 樟宜综合医院 / Private Centre 私营中心
(please specify 请注明) _____

Started from 开始日期: _____ Current Fee per session 目前每次治疗费用: \$ _____

Current dialysis schedule: 目前血液透析治疗时间表 (please select either days 135 or days 246 请选周135或246) :
Monday 周一, Wednesday 周三, Friday 周五 / Tuesday 周二, Thursday 周四, Saturday 周六

Current treatment timing 目前治疗时段 (please select 1 of 3 timings 请选1个时段):
Morning 早晨 7 am / Afternoon 中午 12 noon / Evening 傍晚 5 pm

Any ACP 预先护理计划 / LPA 请持久授权书 / Deputyship 代理人行使权: No 没有 / Yes 有 (Effective date 生效日期: _____)

I give consent to Kidney Dialysis Foundation (KDF) to provide my personal data, financial information and medical history to third-parties for the purpose of:

- Providing dialysis services
- Providing appropriate medical care
- Means testing and financial assessment for subsidies

本人同意肾脏透析基金为提供透析或相关的服务, 而向第三者透露这表格上的资料。本人明白与同意, 相关的第三者可能因为行政管理, 账目管理, 医疗护理, 测评津贴数额等等, 需要获知与利用表格上的资料。

I declare that the information given by me in this application form is true and complete. In addition, I declare that I am not / I am affiliated (please delete where appropriate) to any staff / board member in Kidney Dialysis Foundation or do not have/ have a direct or indirect interest in any business transaction(s), agreement, and investment with Kidney Dialysis Foundation.

本人宣誓在这申请表中所提供的资料是正确及真实的。本人与肾脏透析基金的职员或董事会成员没有 / 有 从属关系、业务交易、协议及投资相关的直接或间接地利益关系。

I fully understand and accept that if at any time, it is found that a false declaration has been made in this form; the Kidney Dialysis Foundation (KDF) reserves the absolute right not to accept my application or withdraw my subsidy or cease my dialysis treatment at KDF.

本人明白并接受在任何时候若发现此表格中所做的宣誓有所虚假, 肾脏透析基金(KDF)保有绝对的权利终止本人在其中心的洗肾治疗计划。

Name of Applicant 申请者姓名	Signature 签名	Date 日期
-------------------------	--------------	---------

(D) FAMILY INFORMATION 家庭成员资料

Name of Immediate Family 直属家庭成员姓名	Staying with applicant (Yes/No) 与申请者同住 (是 / 否)	Relationship to Applicant 与申请者的 亲属关系	Date of Birth 出生日期	Marital Status 婚姻状况	No of children 子女人数	Occupation (Designation) 职业 (职位)	Gross Monthly Income 月薪毛数
Total Income 收入总数:							

In case of emergency, please contact 紧急状况时请联络

Name 姓名:		Address 地址:	
Relationship 亲属关系:		Contact No. (H) 住家电话:	Contact No. (HP) 手机电话: