



CARE LOVE WELFARE FOUNDATION MALAYSIA (PPM-024-14-04092013)
YAYASAN KEBAJIKAN BERKAT KASIH MALAYSIA
 Mailing Add : NO: 35, JALAN SERUNAI 15, TAMAN KLANG JAYA, 41200 KLANG, SELANGOR DARUL EHSAN, MALAYSIA.
 HQ : NO: 9, JALAN 4/93, TAMAN MIHARJA, 55200 CHERAS, KUALA LUMPUR, MALAYSIA
 (O) 603-3322 1748; (H/P) 6016-225 0723; Email: houseofloveklg@yahoo.com; Website: www.holklg.org
 (Facebook) www.facebook.com/hol.love.5; (Like Page) www.facebook.com/hol.klg
YAYASAN BANK ACCOUNT DETAIL: MAYBANK: 5129-055-16284



FOOD BANK APPLICATION FORM 食物库存银行申请表格

APPLICANT INFORMATION 申请者个人资料		
Name 姓名 : Eng (英)	Chi (中)	
NRIC 身份证号码 :	Gender 性别 : Male 男 /Female 女	Contact No. 联络号码 :
Address 地址 :		
Marital Status 婚姻状况 : Single 单身 / Married 结婚 /	Age 年龄 :	DOB 生日日期 :
Divorce 离婚 / Widow 寡妇/ Widower 鳏夫		
Name & Address of Employer 雇主名字与公司地址:	Position 职位 :	Monthly Income 月薪 :

SPOUSE INFORMATION 配偶个人资料		
Name 姓名 : Eng (英)	Chi (中)	
NRIC 身份证号码 :	Gender 性别 : Male 男 /Female 女	Contact No. 联络号码 :
Total Household Income 家庭总收入:	Age 年龄 :	DOB 生日日期 :
Name & Address of Employer 雇主名字与公司地址:	Position 职位 :	Monthly Income 月薪 :

CHILDREN DETAILS 孩子资料				
NO	NAME 姓名	NRIC 身份证号码	DOB 生日日期	SCHOOL 就读学校
1				
2				
3				
4				
5				

Circumstances of applicant/ Reasons for application 申请援助的理由:

Are you currently receiving any help from other organization / individuals? Financial or food aid? If yes, pls state the amount
 你目前有接受其它团体的食物或金钱的援助吗? 如有, 请说明.

Note: Food Bank recipients will be reviewed every six month on eligibility to receive food aids. 每隔 6 个月将再次审核有关受惠家庭的合格性, 以决定是否继续提供援助。

I hereby declare that above information is true, and agreed to provide photos for record purposes.
 我宣告以上资料皆属实, 并同意提供照片以作记录用途。

Name 姓名:
 NRIC 身份证号码:
 Date 日期:

Please provide IC/ Birth Cert. photocopy, and all relevant information (such as medical report, death certificate) photocopies.
 请附上身份证/报生纸副本及一切相关资料 (如医药报告、死亡证书等) 影印本。

For Office Use Only	Remarks 备注 :		
Recorded By 记录者: Name 名字	State 州 :	Date 日期 :	Case Category 案例类别: <input type="checkbox"/> Single Parents 单亲 <input type="checkbox"/> Solitary 孤老 <input type="checkbox"/> Poor Family 贫困 <input type="checkbox"/> Family with sick member 病痛
NRIC 身份证号码:	Division 地区:	Contact No: 联络号码	

Questionnaire 问卷调查 Please Tick ✓ 请在适当的空格内画 ✓

1. Family Status 家庭状况
 Single Parent 单亲 Divorced 离婚 Widowed 丧偶 Sick/ Illness 疾病 Solitary 孤老

2. Type Of Property 资产种类
 Self-Owned House 自己的屋子/ RM _____ Month/月
 Possibility to renting out spare room 是否可以把房间分租出去 Yes 是 No 否
 Rented House 租屋/ RM _____ Month/月
 Car 汽车 _____ Loan 贷款/ RM _____ Month/月
 Motorcycle 摩托 _____ Loan 贷款/ RM _____ Month/月

3. Others Sponsorship 其他援助
 Siblings, Friends/Relatives 兄弟姐妹/亲朋戚友 RM _____ Month/月
 Possibility to adopt your children 他们可否暂时收留孩子 Yes 是 No 否
 Others NGO sponsorship eg. OKU, KISS 其他慈善机构的金钱/物资援助 / RM _____ Month/月
 None 无

4. Additional Information 其他资料
 a) Did 15 years old and above children work as part time during weekends/ holiday to support family?
 15岁以上的孩子在周末/假日是否兼职帮补家用 Yes 是 No 否
 b) If not, would you willing to let them work part-time? 若无, 您是否愿意让他们兼职? Yes 是 No 否

Family Members Status 家庭成员生活状况

Name 姓名	Employment Status 就业情况	Health Status 健康状况	Unhealthy Habit 不良生活习惯
1.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博
2.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博
3.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ Cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博
4.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ Cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博
5.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ Cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博
6.	<input type="checkbox"/> Unemployed 待业 a) Current Job 目前职业 _____ b) Monthly Salary 月薪 RM _____	<input type="checkbox"/> Healthy 健康 <input type="checkbox"/> Sick 疾病 a) Duration 持续多久 _____ b) Insurance/SOCSCO 保险/社会保险 <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 c) Private/ Gov Hospital 私人/政府医院 d) Medical Cost 医疗费用 RM _____	<input type="checkbox"/> None 无 <input type="checkbox"/> Smoking 抽烟 _____ pack 包/ stick 支 <input type="checkbox"/> Drinking 喝酒 _____ Cup 杯/ bottle 瓶 <input type="checkbox"/> Gambling 赌博

