



PERSATUAN UNTUK ORANG KURANG UPAYA AKAL SELANGOR DAN WILAYAH PERSEKUTUAN
SELANGOR AND FEDERAL TERRITORY ASSOCIATION FOR THE MENTALLY HANDICAPPED (SAMH)
Email : wisma_harapan@yahoo.com

SAMH
Wisma Harapan
No. 522 Jalan Sultan Abdul Samad
50470, Brickfields Kuala Lumpur

Tel : 03-22741457
: 03-22741475
Fax : 03-22734933
F/B : wismaharapan
Web : www.mysamh.org

APPLICATION FOR ADMISSION TO THE SAMH PROGRAMMES

Borang kemasukan pelajar / pelatih ke program SAMH

We are a non-profit charitable organization established in 1964.

Our aim is to assist the individual with special needs to develop abilities, reduce and increase competency.

Kami adalah sebuah pertubuhan bukan bermotifkan keuntungan yang ditubuhkan pada tahun 1964. Matlamat kami adalah untuk membantu individu yang mempunyai keperluan khas untuk membangunkan kebolehan serta meningkatkan kecekapan.

We provide special education and training programmes to mild and moderately handicapped individuals.

Kami menyediakan program pendidikan dan latihan khas asas dan sederhana kepada individu yang kurang upaya



School Program
Program Sekolah

Vocational Training Centre
Pusat Latihan Vokasional



Early Intervention Programme
Pendedahan Pendidikan Awal



Shelter Workshop
Bengkel Terlindung

Student / Trainee
Pelajar / Pelatih

Name : _____
Nama

Race : _____
Bangsa

Age : _____
Umur

Sex : _____
Jantina

DOB : _____
Tarikh Lahir

I/C No : _____
No K/P

JKM Reg. No _____
No Pendaftaran JKM

Address : _____
Alamat

Parents / Guardian's Particulars
Maklumat ibu bapa / Penjaga

Father's / Guardian's Name : _____
Nama Bapa / Penjaga

Age : _____
Umur

Father's Income : _____
Pendapatan Bapa

Occupation : _____
Pekerjaan

Tel No : (House) _____ (H/P) _____ (Off) _____
No Tel Rumah Tel. Bimbit Pejabat

Employers Name & Address : _____
Nama Majikan & Alamat

Mother's / Guardian's Name : _____
Nama Ibu / Penjaga

Age : _____
Umur

Mother's Income : _____
Pendapatan Ibu

Occupation : _____
Pekerjaan

Tel No : (House) _____ (H/P) _____ (Off) _____
Rumah Tel. Bimbit Pejabat

Employers Name & Address : _____
Nama Majikan & Alamat

Language Spoken At Home : _____
Bahasa pertuturan di rumah

Yours Faithfully
Yang Benar

Signature : _____
Tandatangan
(Father / Mother / Guardian)
Bapa / Ibu / Penjaga

Date : _____
Tarikh





PERSATUAN UNTUK ORANG KURANG UPAYA AKAL SELANGOR DAN WILAYAH PERSEKUTUAN
SELANGOR AND FEDERAL TERRITORY ASSOCIATION FOR THE MENTALLY HANDICAPPED (SAMH)

MEDICAL REPORT LAPORAN PERUBATAN

To be filled by the consultant paediatrician / medical practitioner

Untuk diisi oleh pegawai perubatan / perunding pakar kanak-kanak

1. Particulars of Trainees / Patient

Maklumat Pelatih / Pesakit

Name : _____
Nama

Race : _____
Bangsa

Age : _____
Umur

Sex : _____
Jantina

DOB : _____
Tarikh Lahir

I/C No : _____
No K/P

JKM Reg. No _____
No Pendaftaran JKM

Father's / Guardian's Name : _____
Bapa / Penjaga

Address : _____
Alamat

2. Birth History

Sejarah Perubatan / Kelahiran

Full Term :
Jangka Penuh

Premature (Gestation) :
Pramatang (Bunting)

Birth Weight :
Berat Lahir

Normal Delivery :
Kelahiran Biasa

Abnormal Delivery :
Kelahiran Abnormal

Complications of Pregnancy :
Komplikasi Kelahiran

Antenatal :
Antenatal

Prenatal :
Prenatal

Postnatal :
Selepas Bersalin

3. Development
Perkembangan

Normal :
Biasa

Delayed :
Ditangguhkan

Mental Handicapped :
Kurang Upaya Akal

4. Health
Kesihatan

(A) Immunizations (Imunisasi)

B.C.G : _____
B.C.G

Small Pox : _____
Pox Kecil

Triple : _____
Ketiga

Polio : _____
Polio

Measles : _____
Campak

(B) Past Illnesses (Penyakit yang lepas)

Meningitis : _____
Meningitis

Encephalitis : _____
Encephalitis

High Fever : _____
Demam Tinggi

Coma : _____
Koma

5. Epilepsy Yes / No
Epilepsi Ya / Tidak

If Yes, types of epilepsy _____
Jika ya, jenis epilepsy

Medication if any : _____
Ubat jika ada

6. Hyperkinesis Yes /No

Hyperkinesis Ya / Tidak

If Yes, Medication if any : _____
Jika ya, ubat jika ada

7. Present Social Skills

Kemahiran Sosial

Toilet Trained : **Yes / No / With Help**
Tandas Ya / Tidak / Dengan Bantuan

Dressing : **Yes / No / With Help**
Peralinan Ya / Tidak / Dengan Bantuan

Feeding : **Yes / No / With Help**
Pemakanan Ya / Tidak / Dengan Bantuan

Mobility : **Yes / No / With Help**
Mpbility Ya / Tidak / Dengan Bantuan

Others :
Lain-lain

8. Communication

Komunikasi

Normal / Single Words / Phrases / Gestures

Biasa / Perkataan / Frasa / Gerak isyarat

Understanding : **Good / Fair / Poor**
Pemahaman : Baik / Sederhana / Lemah

9. Family History

Sejarah Keluarga

Consanguinity : **Yes / No**
Consanguinity : Ya / Tidak

Epilepsy : **Yes / No**
Sawan : Ya / Tidak

Mentally Handicapped : **Yes / No**
Kurang Upaya Akal : Ya / Tidak

10. Examination

Peperiksaan

General Condition : _____ **Height** : _____
Keadaan Keseluruhan Tinggi

Nutrition : _____ **Weight:** : _____
Nutrisi Berat

Heart : _____ C.N.C : _____
Jantung

Lungs : _____ Eyesight : _____
Paru-paru Penglihatan

Abdomen : _____ Hearing : _____
Abdomen Pendengaran

Diagnosis of child : _____
Dianogsis kanak-kanak

Type of Mental Handicapped : _____
Jenis Kurang Upaya Akal

11. Psychological Assesment : Yes / No
Penilaian Psikologi : Ya / Tidak

12. Impression : Normal : Educable / Trainable
Impression : Biasa Educable / Boleh dilatih
Slow Learner : Institutional / Special Care
Institusi / Penjagaan Khas

13. Referral
Rujukan

- (a) Physiotherapy (Fisioterapi)
- (b) Speech Therapy) (Terapi pertuturan)
- (c) Orthopaedic / Occupational Therapy (Terapi pekerjaan / Ortopedik)
- (d) Others (Lain-lain)

15. Review
(Kajian semula)

- 6 month - 1 years
6 bulan 1 tahun

Date : _____

(Signature and stamp of Doctor In Charge)
(Tandatangan / Cop Doktor)

* Circle whichever is applicable
Bulatkan yang berkenaan

For Office Use

Untuk Kegunaan Pejabat

Date of Application : _____
Tarikh Permohonan

Registration No : _____
No Pendaftaran

Date of Admission : _____
Tarikh Kemasukan

Name Of School / Centre Admitted : _____
Nama Sekolah / Pusat

1. Admission procedure

Tatacara kemasukan

- **Your son / daughter must be registered with Jabatan kebajikan Masyarakat (JKM)**
Anak lelaki / perempuan and mesti berdaftar dengan Jabatan kebajikan Masyarakat (JKM)
- **Kindly fill our registration form. Include the following :**
Silalah penuhkan borang pendaftaran kami. Termasuk yang berikut:
 - **Photocopy of JKM card**
Salinan Kad JKM
 - **Photocopy of birth certificate**
Salinan sijil kelahiran
 - **Photocopy of BSN Account Number (below 19 years old)**
Salinan nombor akaun BSN (di bawah 19 tahun)
 - **Photocopy of identity card (if applicable)**
Salinan kad pengenalan (jika berkenaan)
 - **Photocopy of any other relevant documents**
Salinan apa-apa dokumen lain yang berkaitan
 - **2 passport sized photographs**
2 keping gambar bersaiz paspot

2. Programmes run by SAMH

Program-program yang dijalankan oleh SAMH

(Monday to Friday)

(Isnin hingga Jumaat)

- **Early Intervention Programme** (Program Pendedahan awal)
3 times a week (3 kali seminggu)
2 hours each session (2 jam setiap sesi)

- **School Programme** (Program Sekolah)
Morning session : 08:00am – 01:00pm
Sessi pagi (Wisma Harapan, Jinjang North Special School and Klang Special School)
- **Afternoon session** : 12:30am – 05:30pm
Sessi Petang (Klang Special School Only)
- **Vocational Training Programme** (Program latihan Vokasional)
08:00am – 04:00pm
- **Sheltered Workshop** (Bengkel Terlindung)
08:00am – 04:00pm
- **Transport** (Pengangkutan)
SAMH does not provide any transportation
SAMH tidak menyediakan pengangkutan
- **Special Fees** (Yuran Khas)
SAMH charges a nominal fee
SAMH mengenakan bayaran yang berpatutan