



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

Website : <https://mysamh.org>

Facebook : SAMHMalaysia

Instagram : samh_malaysia

SAMH Wisma Harapan Email : admin@mysamh.org

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

Tel : 603-22741457
603-22741475

SAMH Klang Email : samhskk@gmail.com

SAMH Klang
Lot 43416 Persiaran Tengku Ampuan Rahimah
41200 Klang, Selangor

Tel : 603-33714176

APPLICATION FOR ADMISSION FOR STUDENTS/TRAINEES TO THE SAMH PROGRAMMES

Borong 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 mentally handicapped individuals.

Kami menyediakan program pendidikan dan latihan khas kepada individu yang kurang upaya akal.

Early Intervention Programme
Program Pendedahan Pendidikan Awal

Special Learning Integration Programme
Program Pembelajaran Khas Integrasi

Vocational Training Centre
Pusat Latihan Vokasional

Sheltered Workshop
Bengkel Terlindung

Student/Trainee
Pelajar/Pelatih

Name : _____ Age : _____
Nama Umur
Race : _____ Citizen : _____
Bangsa Warganegara :
Gender : _____ D.O.B : _____
Jantina Tarikh Lahir
NRIC / Passport No : _____ JKM Reg.No : _____
No. K/P / No. Passport No. Pendaftaran JKM: _____
Contact No. : _____ (Home)
No. Untuk Dihubungi (Rumah)
Address : _____
Alamat _____

Parents / Guardian's Particulars
Maklumat ibubapa / Penjaga

Father's / Guardian's Name : _____ Age : _____
Nama Bapa / Penjaga Umur
Contact No. : (Office) _____ (Handphone): _____
No. Untuk Dihubungi (Pejabat) (Telefon Bimbit)
Profession : _____ Citizen : _____
Profesion Warganegara
Company' Name : _____ Email : _____
Nama Syarikat
Company's Address : _____
Alamat Syarikat _____

Mother's / Guardian's Name : _____ Age : _____
Nama Ibu / Penjaga Umur
Contact No. : (Office) _____ (Handphone): _____
No. Untuk Dihubungi (Pejabat) (Telefon Bimbit)
Profession : _____ Citizen : _____
Profesion Warganegara
Company' Name : _____ Email : _____
Nama Syarikat
Company's Address : _____
Alamat Syarikat _____

Language Spoken At Home : _____
Bahasa Pertuturan Dirumah

Signature (Father / Mother / Guardian) / *Tandatangan (Bapa / Ibu / Penjaga)*

Date : _____
Tarikh

(_____)



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

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 : _____ Age : _____
Nama Umur
Race : _____ Citizen : _____
Bangsa Warganegara :
Gender : _____ D.O.B : _____
Jantina Tarikh Lahir
NRIC / Passport No : _____ JKM Reg.No : _____
No. K/P / No. Passport No. Pendaftaran JKM :
Father's / Guardian's Name : _____
Nama 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 Tidak Biasa
Complications Of Pregnancy : _____
Komplikasi Kelahiran
Antenatal : _____
Antenatal
Prenatal : _____
Pranatal
Postnatal : _____
Selepas Bersalin

3. Development
Perkembangan

Normal : _____

Biasa

Delayed : _____

Lambat

Mental Handicapped : _____

Kurang Upaya Akal

4. Health
Kesihatan

(A) Immunizations
Imumisasi

B.C.G : _____

B.C.G

Smallpox : _____

Cacar

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 Epilepsi

Medication If Any : _____

Ubat Jika Ada

6. Hyperkinesis : Yes / No
Hyperkinesis Ya, / Tidak

If Yes, Medication If Any : _____

Jika Ya, Ubat Jika Ada

7. Communication
Komunikasi

Normal / Single Words / Phrases / Gestures : _____

Biasa / Perkataan / Frasa / Gerak Isyarat

Understanding : Good / Fair / Poor _____

Pemahaman Baik / Sederhana / Lemah

8. Present Social Skills

Kemahiran Sosial

Toilet Trained : Yes / No / With Help _____

Tandas *Ya / Tidak / Dengan Bantuan*

Dressing : Yes / No / With Help _____

Persalinan *Ya / Tidak / Dengan Bantuan*

Feeding : Yes / No / With Help _____

Pemakanan *Ya / Tidak / Dengan Bantuan*

Mobility : Yes / No / With Help _____

Mobiliti *Ya / Tidak / Dengan Bantuan*

Others : _____

Lain – lain

9. Family History

Sejarah Keluarga

Consanguinity : Yes / No _____

Hubungan Keluarga *Ya / Tidak*

Epilepsy : Yes / No _____

Sawan *Ya / Tidak*

Mentally Handicapped : Yes / No _____

Kurang Upaya Akal *Ya / Tidak*

10. Psychological Assessment : Yes / No

Penilaian Psikologi *Ya / Tidak*

11. Impression

Impression

Normal <i>Biasa</i>	
Slow Learner <i>Masalah Pembelajaran</i>	
Educable / Trainable <i>Educable / Boleh Dilatih</i>	
Institutional / Special Care <i>Institusi / Penjagaan Khas</i>	

12. Examination

Pemeriksaan

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

Nutrition : _____ Weight : _____
Nutrisi *Berat*

Heart : _____ C.N.C : _____
Jantung *C.N.C*

Lungs : _____ Eyesight : _____
Paru – paru *Penglihatan*

Abdomen : _____ Hearing : _____
Abdomen *Pendengaran*

Diagnosis Of Child : _____
Dianogsis Kanak – kanak _____

Type Of Mental Handicapped : _____
Jenis Kurang Upaya Akal _____

13. Referral

Rujukan

(A) Physiotherapy
Fisioterapi

(B) Speech Therapy
Terapi Pertuturan

(C) Orthopaedic / Occupational Therapy
Ortopedik / Terapi Pekerjaan

(D) Others
Lain – lain

14. Review

Kajian Semula

- 6 Months
6 Bulan

- 1 Year
1 Tahun

Date : _____
Tarikh

(Signature And Stamp Of Doctor In Charge)
(Tandatangan / Cop Doktor Bertugas)

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) (For Malaysian)
Anak lelaki / perempuan anda mesti berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) untuk warganegara Malaysia
- Kindly fill our registration form
Sila isikan borong pendaftaran kami
- Include the following :-
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 dokumen lain yang berkaitan
 - 2 passport sized photographs
2 keping gambar bersaiz passport

2. Programmes run by SAMH
Program - program yang dijalankan oleh SAMH

(Monday to Friday)
(Isnin hingga Jumaat)

EARLY INTERVENTION PROGRAMME (EIP)
PROGRAM PENDEDAHAN AWAL

- Time : 8.30am to 12.30pm
Masa: 8.30 pagi hingga 12.30 tgh.

SPECIAL LEARNING INTEGRATION PROGRAMME
PROGRAM PEMBELAJARAN KHAS INTEGRASI (PPKI)

- Morning session 8.00 am – 1.00 pm
Sessi pagi 8.00 pagi – 1.00 petang

VOCATIONAL TRAINING PROGRAMME
PROGRAM LATIHAN VOKASIONAL

- 8.00 am - 4.00 pm
8.00 pagi – 4.00 petang

SHELTERED WORKSHOP (SW)
BENGKEL TERLINDUNG

- 8.00 am - 4.00 pm
8.00 pagi – 4.00 petang

- Transport : SAMH does not provide any transportation
Pengangkutan : SAMH tidak menyediakan pengangkutan
- Special Fees : SAMH charges a nominal
Yuran Khas : SAMH mengenakan bayaran yang berpatutan