



**PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA
PUSAT LATIHAN PERTANIAN BAGI ORANG BUTA
TAMAN HARAPAN, 28000 TEMERLOH
PAHANG DARUL MAKMUR
NO. TELEFON 09-2972303 / FAX 09-2972024**

Gambar
Ukuran
Passport

BORANG PERMOHONAN MENGIKUTI KURSUS / LATIHAN

Arahan :

1. Sila lengkapkan butir-butir di bawah dan tandakan (✓) pada ruangan berkenaan.
2. 2 keping gambar berukuran passport perlu disertakan semasa pendaftaran.

BAHAGIAN A

1. Saya ingin memohon sebagai pelatih :-

Berasrama Harian

2. Butir-butir Peribadi:

2:1 Nama Pemohon: _____

2:2 Alamat : _____

2:3 No. K/P: _____ No. Pendaftaran Keb _____

2:4 Tarikh Lahir : _____ Tempat Lahir: _____

2:5 No. Telefon : _____

2:6 Jantina : Lelaki Perempuan

2:7 Taraf Perkahwinan : Bujang Duda

Berkahwin Janda

2:8 Kewarganegaraan : Warganegara Malaysia

Bukan Warganegara Nyatakan : _____

6. Kelayakan Akademik : Tandakan (✓) mana yang berkenaan

Tamat darjah 6 PMR SPM

7. Penilaian terhadap kebolehan :

7:1 Menguruskan hal-hal peribadi :-

Pakaian Ya Tidak

Kebersihan Diri Ya Tidak

Mencuci Pakaian Ya Tidak

Lain-lain kemahiran (nyatakan) : _____

7:2 Mobiliti :-

Di dalam rumah Ya Tidak

Di luar rumah Ya Tidak

Perjalanan ketempat lain Ya Tidak

8. Penilaian Vokasional atau pengalaman kerja :

Pekerjaan pemohon sebelum kehilangan penglihatan :- _____

Nama dan Alamat majikan dahulu : _____

9. Kursus – Kursus yang di tawarkan, sila tandakan (✓) yang berkenaan .

9:1 PROGRAM PEMULIHAN

Program-program ini merangkumi modul-modul seperti berikut :-

(Teori dan Pratikal)

- Orientasi dan Mobiliti
- Introvasi Awal
- Tugas – Tugas Harian (DLS)
- Kecekapan tangan (MDS)
- Kemahiran Hidup
- Kegiatan Ekonomi

9:2 PROGRAM VOKASIONAL

- Bangku (tali nylon)
- Jaring (cover lori)
- Buaian (tali nylon)

9:3 ASAS BRAILLE

- Pengenalan (Teori dan Pratikal)
- Peringkat asas peralatan
- Mengenali Abjad A,B,C, dan seterusnya
- Membaca / menulis
- Buku Satu (1)
- Buku Dua (2)
- Kemahiran menaip
- Braille Quran
- Fardu Ain

9:4 KRAFTANGAN (Rotan)

- Pengenalan (Teori dan Pratikal)
- Peringkat Asas / Awal
- Peringkat Asas Anyaman (jenis2 anyaman)
- Bakul-bakul (20 jenis) rotan halus
- Bakul –bakul (6 jenis) rotan kasar

9:5 PERTANIAN ASAS / PERKEBUNAN

- Orientasi dan Mobiliti
- Pengenalan (Teori dan Pratikal)
- Bahagian Perkebunan (PK 1 hingga PK 8)
- Kultura Kebunan / Semaian Bunga (KK 1 hingga KK 12)
- Hidroponik (HP 1 hingga HP 6)

9:6 PENTERNAKAN

- Orientasi dan Mobiliti
- Pengenalan (Teori dan Pratikal)
- Mengenalpasti jenis-jenis ternakan
- Kelengkapan yang diperlukan
- Jenis makanan
- Kos perbelanjaan
- Teknik-teknik menternak
- Penjagaan / pengawasan penyakit
- Sukatan makanan
- Mengenalpasti penyakit / punca
- Tempoh matang (dijual)
- Pasaran borong / runcit

10. Perakuan oleh Pegawai Penyiasat

(Tandatangan dan Cop Jabatan)

.....

Nama : _____

Jawatan : _____

Tarikh : _____

11. Kelulusan oleh Pegawai / Pengarah Kebajikan Negeri.

(Tandatangani dan Cop Jabatan)

.....

Nama : _____

Jawatan : _____

Tarikh : _____

SURAT AKUAN IBU BAPA / PENJAGA

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Saya (Ibu bapa / penjaga pemohon) : _____

Dengan ini bersetuju membenarkan penama diatas untuk mengikuti sebarang kursus yang ditawarkan oleh pihak tuan. Sekiranya didapati penama tidak sesuai atau tidak berminat untuk meneruskan kursus berkenaan atau melanggar peraturan-peraturan yang telah ditetapkan, saya sedia menerimanya kembali dan bertanggungjawab keatas diri penama setelah ditamatkan latihan.

.....
Tandatangan saksi

(Nama:)

No. K/P:

Pekerjaan:

Alamat:

.....

.....

.....
Tandatangan Ibumaba/Penjaga

Tarikh:

BAHAGIAN B

PEMERIKSAAN PERUBATAN

(MEDICAL CHECKUP)

Nama Pemohon:

Tarikh Lahir: Umur: Tempat Lahir:

No. K/P: No. Pendaftaran Keb.:

Alamat: Poskod:

Bandar: Negeri: No. Tel:

Berat (*Weight*): Tinggi (*Height*):

Kesihatan (*General Nutrition/Health*): Vit. Defy:

Deformity: Scars/Marks:.....

Skin: Head: Teeth:.....

Throat/Nose:..... Swab for KLB:

Heart: B.P Circulation:

Lungs: X Ray:

Urinary System: Urine Test:

Kahn Test:

Reflexes:

Ulasan tambahan jika ada (*Any additional comment.*

.....
.....
.....
.....

T.Tangan:

Nama Pegawai Perubatan:

.....

Hospital:

Tarikh:

Vision Test: (*Right*) (*Left*)

Date Blindness occurred: Cause:

Saya sahkan bahawa penama adalah seorang yang cacat:
(*I certify that the applicant is*)

a) Kecacatan buta langsung ()
(*Totally Blind*)

b) Kecacatan rabun/Penglihatan terhad ()
(*Low Vision*)

c) Kecacatan ganda/Buta dengan cacat lain ()
(*Multihandicapped/Blind with additonal handicap*)

Sila catatkan kecacatan selain daripada kecacatan buta:-
(*Please specify any disability other than blindness*)

Mental:..... Physical:.....

Saya sahkan sihat untuk menerima latihan
(*I certify that*) (*is fit to receive training*)

dipusat/institusi Orang Buta. (*in the blind centre/institute.*)

Adakah penama ini memerlukan:-
(*Does the applicant need any*):-

a) Makanan Khas (*Special Diet*). Sila sebutkan makanan tersebut.
.....

b) Jagaan dan rawatan khas (*Special treatment/medication*).
.....

c) Alat tiruan dan jenisnya (*Type of artificial appliance needed*).
.....

Ulasan tambahan jika ada (*Any additional comments*).

.....

T.Tangan:

Nama Pegawai Perubatan:.....

Hospital:

Tarikh: