

PERMOHONAN KEAHLIAN

MAKLUMAT DAN SYARAT-SYARAT

1. Semua yang berumur lapanbelas tahun ke atas adalah layak untuk memohon.
 - (a) Keahlian biasa pertubuhan ini adalah terbuka kepada semua rakyat Malaysia yang cacat penglihatan yang telah mencapai umur 18 tahun.
 - (b) Keahlian bersekutu Pertubuhan ini adalah terbuka kepada orang celik yang bermastautin di Malaysia yang telah mencapai umur 8 tahun.
 - (c) Subscribing membership adalah terbuka kepada mereka yang berusia 18 tahun ke atas yang tidak bermastautin di Malaysia tetapi ingin memberikan sumbangan untuk memajukan Pertubuhan ini.
2. Pencadang dan penyokong kepada pemohon hendaklah terdiri dari mereka yang telah menjadi ahli SBM sekurang-kurangnya setahun dan salah seorang daripada mereka mestilah ahli biasa.
3. Yuran Kemasukan
 - (a) Ahli biasa mesti membayar sebanyak \$2.00 sebagai yuran kemasukan dan \$6.00 sebagai yuran tahunan.
 - (b) Ahli bersekutu tidak dikenakan yuran kemasukan. Yuran tahunan ahli bersekutu ialah sebanyak \$5.00.
 - (c) Yuran tahunan adalah untuk satu tahun kalender, misalnya yuran tahunan yang dibayar pada bila-bila masa dalam tahun 1997 adalah untuk tahun 1997 sahaja.
 - (d) Tempoh untuk menjelaskan yuran tahunan adalah dari 1 Jan hingga 31 Mac. Mereka yang gagal menjelaskan yuran tahunan pada 31 Mac akan menerima surat peringatan untuk menjelaskan yuran tahunan masing-masing.
4. Hutang-hutang
 - (a) Setiap ahli yang hutang yurannya tidak diselesaikan selepas 31 Mei akan dianggap telah menarik diri dari Pertubuhan ini.
 - (b) Mereka yang memohon untuk kemasukan semula sebagai ahli SBM adalah dikenakan Yuran kemasukan semula sebanyak \$10.00 dan yuran tahunan sebanyak \$6.00, tidak kira pada bulan mana yang dimasuki semula.

PERTUBUHAN ORANG CACAT PENGLIHATAN MALAYSIA

BORANG PERMOHONAN KEAHLIAN

Sila lengkapkan 2 salinan borang ini dan kembalikan bersama 1 salinan Kad Pengenalan pemohon dan Yuran Kemasukan kepada Pengerusi cawangan/kawasan SBM di mana pemohon bermastautin.

Nama Penuh (Dengan Huruf Besar) : _____

Tarikh Lahir : _____ No. K/Pengenalan : _____

Jantina : Lelaki Perempuan

Pekerjaan : _____

Alamat Rumah : _____

Alamat Menyurat : _____

No. Telefon - Rumah : _____ Pejabat : _____

Kadar Penglihatan : Rabun Buta Celik

Nombor Pendaftaran Buta : _____ Permohonan Keahlian Kali Ke- : _____

Jenis Keahlian Dipohon Biasa Bersekutu

Nama dan Nombor Telefon Waris
Terdekat atau Sesiapa yang Boleh
Dihubungi Semasa Kecemasan _____

Boleh Berhubung Melalui Bahan : Print Braille Cassette

Saya mengaku bahawa butir-butir keterangan di atas adalah benar dan lengkap.

Bersama-sama ini disertakan wang sebanyak \$ _____ sebagai Bayaran Masuk/Masuk Semula dan \$ _____ sebagai Yuran Tahunan Pertubuhan.

Tandatangan Pemohon Tandatangan Pencadang Tandatangan Penyokong

Nama _____ Nama _____

Tarikh Permohonan : _____

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Cawangan/Kawasan : _____

Permohonan ini disokong tidak disokong. (Jika tidak disokong

beri alasan) _____

Tandatangan Pengerusi

Nama Pengerusi

Tarikh

UNTUK KEGUNAAN IBU PEJABAT

Permohonan ini diluluskan tidak diluluskan oleh Mesyuarat

Jawatankuasa Kerja yang ke _____ pada ____/____/_____.

Tandatangan Setiausaha Agung