

Borang Perubatan 1/09

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH
PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIAN SR.2**

**UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN/
PEMERIKSAAN KESIHATAN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN/
VAKSIN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN**

Arahan: i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)
2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran
3. Skim Perkhidmatan/Gred
4. Pegawai di Bawah SSB/SSM
 Ya Tidak

Butiran Diri Pesakit (*sekiranya pesakit bukan pegawai/pesara*)

5. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)
6. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran
7. Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara
8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i. Umur	<input type="text"/>	Tahun	<input type="text"/>	Bulan
ii. Daif	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
iii. Masih Bersekolah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
iv. Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/>	Berkahwin	<input type="checkbox"/>	Tidak Berkahwin

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan
 - i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan
 - ii. Tarikh Rawatan

 (hari) (bulan) (tahun)
10. Pembekal Kemudahan Perubatan
 - i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta
 - ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

 (hari) (bulan) (tahun)
11. Kategori Tuntutan

i. <input type="checkbox"/>	ii. <input type="checkbox"/>	iii. <input type="checkbox"/>	iv. <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------
12. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi
	Surat Arahan Ketua Jabatan (bagi keperluan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengambil vaksin)
	Dokumen Kewangan (<i>contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan</i>)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM** adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

Tandatangan _____
 (_____)
 (nama penuh)

Tarikh _____

BAHAGIAN IV

Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama Jenis Penyakit yang Dihadapi oleh Pesakit

16. Nama atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/ Disediakan oleh Hospital/Klinik Kerajaan

18. Perakuan dan Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti **di butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibeli/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

Tandatangan _____
 (_____)
 (nama penuh)

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

Jawatan _____
 Tarikh _____

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Perubatan (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/hospital universiti sahaja)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti

“Penggunaan ubatan yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/hospital universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah *DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital Universiti

Jawatan _____
Tarikh _____
**potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM _____** adalah *DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan _____
Tarikh _____

**potong mana yang tidak berkenaan*