



LAMPIRAN SR.2.1.1(J)

Borang Perubatan 1/09

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009

UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN

- 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

--	--

 Tahun

--	--

 Bulan

ii. Daif

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

iii. Masih Bersekolah

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan

i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

ii. Tarikh Rawatan

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan

i.

--	--

ii.

--	--

iii.

--	--

iv.

--	--

12. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

Bil.	Nama Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan	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
	Dokumen Kewangan (<i>contoh: resit, invois, 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 Dihidapi oleh Pesakit

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

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan 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 Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM** _____ adalah
*DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

Tandatangan _____
(_____)
(*nama penuh*)

Jawatan _____
Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi

--

**potong mana yang tidak berkenaan*