

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

		/			/				
<i>(hari)</i>			<i>(bulan)</i>			<i>(tahun)</i>			

ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

		/			/				
<i>(hari)</i>			<i>(bulan)</i>			<i>(tahun)</i>			

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)
a.			
b.			
c.			
d.			
JUMLAH			

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan:

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah 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 diperolehi sebanyak **RM**_____ adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

.....
(Tandatangan Pemohon)
Cop Rasmi Jawatan

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/Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak 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 dihadapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **Butiran 17** di atas.”

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

.....
(Tandatangan Pegawai/Pakar Perubatan)

Jawatan :
Tarikh :

BAHAGIAN V**Kelulusan Penggunaan Ubat**

(ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/Hospital Universiti sahaja)

19. **Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti:**

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

Nama & Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital
Universiti

.....
(Tandatangan Pegawai KKM/Pengarah Hospital
Universiti)

Jawatan :

Tarikh :

* Potong yang mana tidak berkenaan.

BAHAGIAN VI

20. **Sokongan & Ulasan Ketua Jabatan**

Permohonan pegawai di atas adalah **DISOKONG / TIDAK DISOKONG ***.

Jika tidak disokong, sila nyatakan sebab:

.....
(Tandatangan Ketua Jabatan)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :

* Potong yang mana tidak berkenaan.

BAHAGIAN VII

21. Perakuan Urus Setia Seksyen Pengurusan Sumber Manusia (SSM)

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan 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.”

Kadar disyor untuk diluluskan ialah RM _____, bagi bulan _____.

Ulasan: _____

.....
(Tandatangan)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :

BAHAGIAN VIII

22. Kelulusan Pengarah Bahagian Pengurusan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan 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 diperolehi sebanyak **RM** _____ adalah **DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.**”

Ulasan: _____

.....
(Tandatangan)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :

* Potong yang mana tidak berkenaan.