

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

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

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

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/ Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/ pasport*)

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

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

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**

- Umur

--	--

 tahun

--	--

 bulan
- Daif

--	--

 Ya

--	--

 Tidak
- Masih Bersekolah

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

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.

--	--

 ii.

--	--

- iii.

--	--

 iv.

--	--

12. Senarai Tuntutan (*silakan 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 Kesihatan Malaysia
- Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
- Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

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 _____ Tarikh _____
(_____)
(*nama penuh*)

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 dihidapinya. 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.”

Tandatangan _____
(_____)
(*nama penuh*)

Jawatan _____
Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

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.”

Tandatangan _____
(_____)
(*nama penuh*)

Jawatan _____
Tarikh _____

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

* *potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

“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.”

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)

(*nama penuh*)

Jawatan

Tarikh

* *potong mana yang tidak berkenaan*