



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

RAWATAN KECEMASAN DI HOSPITAL / KLINIK SWASTA

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)

2. No. Kad Pengenalan /No. 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/ No. Pasport/No. 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. Nama & Alamat Hospital/Klinik Swasta

10. Kategori Tuntutan

i.		
ii.		
iii.		

11. 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. Tarikh/Masa Keluar Dari Hospital/ Klinik Swasta : _____ / _____

14. Tarikh/Masa Pembedahan/Rawatan Kecemasan : _____ / _____

15. Tarikh Rawatan Pemulihan (*rawatan di wad biasa*) : _____ - _____
(tarikh mula) (tarikh akhir)16. Kelas Wad Semasa Menerima Rawatan Di Hospital Swasta :

--	--

BAHAGIAN III**Butiran Kejadian Kecemasan** (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

17. Tarikh/Masa Kejadian Kecemasan : _____ / _____

18. Tempat/Alamat Semasa Berlaku Kecemasan

19. Jarak Dengan Hospital/Klinik Kerajaan Terhampir

--	--	--	--

20. Jarak Dengan Hospital/Klinik Swasta

--	--	--	--

21. Kronologi Kes

(urutan peristiwa berlaku kecemasan sehingga pesakit keluar daripada hospital/ klinik swasta)

Tarikh/Masa	Tempat	Peristiwa

22. Justifikasi Permohonan

23. Dokumen Sokongan Yang Disertakan:

	Laporan Klinikal Hospital/ Klinik Swasta
	Laporan Polis (kes kemalangan/ jenayah)

	Dokumen Kewangan (contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)
	Lain-lain Dokumen (sekiranya perlu)

BAHAGIAN IV

24. Pengesahan Pegawai/Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **BAHAGIAN I, BAHAGIAN II** dan **BAHAGIAN III** 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 V**25. 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 VI**26. Perakuan Urus Setia Seksyen Pengurusan Sumber Manusia (SSM)**

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/pesara **MEMATUHI / TIDAK 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 VII**27. 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.**”

.....
(Tandatangan)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :