



**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/ 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**

- 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)

12. Tarikh/ Masa Dimasukkan Ke Hospital/ Klinik Swasta      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

13. Tarikh/ Masa Keluar Dari Hospital/ Klinik Swasta      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

14. Tarikh/ Masa Pembedahan/ Rawatan Kecemasan      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. Tarikh Rawatan Pemulihan (*rawatan di wad biasa*)      \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(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  
    km
20. Jarak Dengan Hospital/ Klinik Swasta  
    km
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
- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Laporan Klinikal Hospital/ Klinik Swasta | <input type="checkbox"/> | Dokumen Kewangan (contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan) |
| <input type="checkbox"/> | Laporan Polis (kes kemalangan/ jenayah)  | <input type="checkbox"/> | 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 \_\_\_\_\_ Tarikh \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 (nama penuh)

**BAHAGIAN V**

25. 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.\***”

Tandatangan \_\_\_\_\_ Tarikh \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 (nama penuh)

Jawatan \_\_\_\_\_

Tarikh \_\_\_\_\_

Nama & Cop Rasmi

\* potong mana yang tidak berkenaan

**PANDUAN AM  
BORANG PERUBATAN 2/09**

**BAHAGIAN I**

**Butiran 1:**

- (i) Nyatakan nama penuh **pegawai/ pesara** yang mengemukakan permohonan pembiayaan perbelanjaan kemudahan perubatan mengikut ejaan seperti dalam kad pengenalan/ pasport.

**Butiran 2:**

- (i) Nyatakan nombor kad pengenalan/ pasport bagi **pegawai/ pesara**.

**Butiran 3:**

- (i) Nyatakan skim perkhidmatan dan gred pegawai. Sebagai contoh, bagi Pegawai Perkhidmatan Pendidikan Siswazah Gred DG41 hendaklah dinyatakan sebagai “**DG41**”.
- (ii) Bagi pesara, hendaklah dinyatakan sebagai “**PESARA**”.

**Butiran 4:**

- (i) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai status pegawai sama ada tertakluk kepada Sistem Saraan Baru (SSB)/ Sistem Saraan Malaysia (SSM) atau tidak.

**Butiran 5:**

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan nama penuh **pesakit** mengikut ejaan seperti dalam kad pengenalan/ pasport/ sijil kelahiran.

**Butiran 6:**

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan nombor kad pengenalan/ pasport/ sijil kelahiran pesakit.

**Butiran 7:**

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan kategori hubungan di antara pesakit dengan pegawai/ pesara menggunakan kod seperti berikut:

<b>Bil.</b>	<b>Kategori</b>	<b>Kod</b>
1.	Suami	01
2.	Isteri	02
3.	Anak Kandung	03
4.	Anak Tiri	04
5.	Anak Angkat	05
6.	Ibu Kandung	06
7.	Ibu Tiri	07
8.	Ibu Angkat	08
9.	Bapa Kandung	09
10.	Bapa Tiri	10
11.	Bapa Angkat	11

**Butiran 8:**

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah **anak** kepada pegawai/ pesara.
- (ii) Nyatakan umur pesakit dalam bentuk tahun dan bulan.
- (iii) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai sama ada pesakit dikategorikan sebagai daif seperti mengikut peruntukan Perintah Am 1 (iii) Bab F Tahun 1974 atau tidak.
- (iv) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai status pesakit sama ada masih bersekolah atau tidak. Bagi pesakit yang telah berumur **melebihi daripada 18 tahun tetapi tidak melebihi 21 tahun** dan masih bersekolah, **surat pengesahan** daripada institusi pendidikan/ pengajian tinggi mengenai status pesakit sebagai penuntut hendaklah dikemukakan bersama-sama borang permohonan.

**BAHAGIAN II**

**Butiran 9:**

- (i) Nyatakan nama dan alamat penuh hospital/ klinik swasta tempat kemudahan perubatan diperolehi oleh pesakit.

**Butiran 10:**

- (i) Nyatakan kategori tuntutan perbelanjaan yang dipohon menggunakan kod seperti berikut:

<b>Bil.</b>	<b>Kategori</b>	<b>Kod</b>
1.	Ubat	01
2.	Alat	02
3.	Perkhidmatan Perubatan	03
4.	Rawatan	04

**Butiran 11:**

- (i) Nyatakan butiran tuntutan perbelanjaan yang dipohon.

**Butiran 12:**

- (i) Nyatakan tarikh dan masa pesakit dimasukkan ke hospital/ klinik swasta untuk menerima rawatan.

**Butiran 13:**

- (i) Nyatakan tarikh dan masa pesakit dibenarkan keluar dari hospital/ klinik swasta.

**Butiran 14:**

- (i) Nyatakan tarikh dan masa prosedur pembedahan/ rawatan kecemasan diberikan kepada pesakit.

**Butiran 15:**

- (i) Nyatakan tempoh (tarikh mula dan tarikh akhir) pesakit diberi rawatan pemulihan (rawatan di wad biasa).

**Butiran 16:**

- (i) Nyatakan kelas wad semasa pesakit menerima rawatan di hospital swasta menggunakan kod seperti berikut:

<b>Bil.</b>	<b>Kelas Wad</b>	<b>Kod</b>
1.	<i>Suite</i>	01
2.	Sebilik Seorang	02
3.	Sebilik Dua Orang	03
4.	Sebilik Tiga Orang	04
5.	Sebilik Empat Orang	05

### BAHAGIAN III

**Butiran 17:**

- (i) Nyatakan tarikh dan masa kejadian kecemasan berlaku.

**Butiran 18:**

- (i) Nyatakan tempat/ alamat semasa kejadian kecemasan berlaku.

**Butiran 19:**

- (i) Nyatakan jarak di antara tempat kejadian kecemasan dengan hospital/ klinik Kerajaan yang terhampir.

**Butiran 20:**

- (i) Nyatakan jarak di antara tempat kejadian kecemasan dengan hospital/ klinik swasta di mana pesakit menerima rawatan kecemasan.

**Butiran 21:**

- (i) Nyatakan kronologi kejadian kecemasan mulai dari tarikh dan masa berlakunya kejadian kecemasan sehingga tarikh dan masa pesakit dibenarkan keluar daripada hospital/ klinik swasta.

**Butiran 22:**

- (i) Nyatakan sebab-sebab mengapa pesakit tidak dibawa ke hospital/ klinik Kerajaan terhampir untuk menerima rawatan.

**Butiran 23:**

- (i) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai dokumen sokongan yang disertakan bersama-sama borang permohonan.
- (ii) Butir perbelanjaan hendaklah disokong dengan dokumen kewangan seperti resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan.

**BAHAGIAN IV**

**Butiran 24:**

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan oleh **pegawai/ pesara** yang mengemukakan permohonan.

**BAHAGIAN V**

**Butiran 25:**

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan oleh **Ketua Jabatan** kepada pegawai/ pesara.
- (ii) Ketua Jabatan bertanggungjawab menyemak dan memastikan permohonan yang dipertimbangkan mematuhi **semua** syarat dan peraturan yang ditetapkan.
- (iii) Ketua Jabatan bertanggungjawab untuk menyemak dan memastikan bahawa permohonan pembiayaan perbelanjaan kemudahan perubatan bagi ibu bapa yang sah adalah **dibenarkan** kepada pegawai yang telah **memilih dan bersetuju menerima opsyen SSB/ SSM sahaja**.