

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

    km21. 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, invoice, 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 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
(*nama penuh*)

Tarikh \_\_\_\_\_

**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."

Nama &amp; Cop Rasmi

Tandatangan \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
(*nama penuh*)

Jawatan \_\_\_\_\_

Tarikh \_\_\_\_\_

\* *patong 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:

| Bil. | Kategori     | Kod |
|------|--------------|-----|
| 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:

| Bil. | Kategori               | Kod |
|------|------------------------|-----|
| 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:

| Bil. | Kelas Wad           | Kod |
|------|---------------------|-----|
| 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.