

LAMPIRAN SR.2.1.1(K)

Borang Perubatan 2/09

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIA SR.2

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/sijil kelahiran)

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

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

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	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Tahun	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Bulan
ii. Daif	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Ya	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Tidak
iii. Masih Bersekolah	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Ya	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Tidak
iv. Status Perkahwinan	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Berkahwin	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Tidak Berkahwin

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan

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)

/

(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
- | | |
|--|--|
| ☐ Laporan Klinikal Hospital/Klinik Swasta | ☐ Dokumen Kewangan (contoh: resit, invoices, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan) |
| ☐ Laporan Polis (kes kemalangan/jenayah) | ☐ 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 diperoleh sebanyak **RM.....** adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Tarikh _____

BAHAGIAN V

25. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan
- “Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM.....** adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.***”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____
Tarikh _____
*potong mana yang tidak berkenaan

Nama & Cop Rasmi