



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

--	--

 Tahun

--	--

 Bulan

--	--
- ii. Daif

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

--	--
- iii. Masih Bersekolah

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

--	--
- iv. Status Perkahwinan

--	--

 Berkahwin

--	--

 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
☐ 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 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

--