

No. K/P :

**Kementerian Pengajian Tinggi
(Ministry Of Higher Education Malaysia)**

Borang KPT (SLPP) 1A/14
1/3

Borang Permohonan Untuk Cuti Belajar
Skim Hadiah Latihan Persekutuan
Bagi Staf Bukan Akademik IPTA

ARAHAN

1. Sila kemukakan borang ini dengan segera setelah tawaran kemasukan ke Universiti dan sebaik-baiknya sebelum memulakan cuti belajar.
2. Borang yang lewat diterima / tanpa disertakan dokumen yang lengkap akan lewat diproses / tidak akan diproses.
3. Isikan dengan jelas, gunakan **DAKWAT BIRU** dan **HURUF BESAR** sahaja dalam dua (2) salinan.
4. Isikan dengan jelas, di Para E,G,H dan I. Turunkan tandatangan di ruang-ruang berkenaan.
5. Sila semak maklumat-maklumat yang tertera dalam borang ini.
Sekiranya ada kesilapan sila pinda dengan **DAKWAT MERAH**.
6. Kementerian Pengajian Tinggi Malaysia berhak membatalkan permohonan ini kepada pegawai yang terpilih sekiranya didapati maklumat yang diberikan tidak benar.

A. BUTIR-BUTIR KURSUS YANG DIPOHON

01. Program :
02. Bidang Kursus :
03. Peringkat Pengajian :
04. Tempat Kursus / Institut :

B. BUTIR-BUTIR DIRI

01. Nama Pemohon :
02. No. Kad Pengenalan (Baru) :
03. Alamat Tempat Bertugas :
04. No. Telefon :
05. Tarikh Lahir :
06. Taraf Perkahwinan :
07. Keturunan :
08. Jantina :
09. Agama :
10. Warganegara :
11. Alamat Surat-menyurat :
12. No. Telefon :
13. No. Telefon Bimbit :

C. BUTIR-BUTIR AKADEMIK

01. Skim Perkhidmatan :
02. Nama Gelaran Jawatan :
03. Tarikh Lantikan Ke Skim Perkhidmatan Sekarang :
04. Tarikh Disahkan Dalam Jawatan Sekarang :
05. Tempoh Berkhidmat Dalam Jawatan Sekarang :
06. Tarikh Kelulusan Pengisytiharan Harta Kali Pertama :
07. Tarikh Kelulusan Pengisytiharan Harta Terkini :

D. BUTIR-BUTIR AKADEMIK

01. Kelayakan Akademik Tertinggi :
02. Gred / Kelas / CGPA :
03. Institut Pengajian :
04. Bidang Kursus :

E. BUTIR-BUTIR CUTI BELAJAR YANG DIPOHON (sebelum mengisi bahagian ini sila dapatkan pengesahan Universiti tentang struktur pengajian dan tempoh minima pengajian – samada 12bln / 18bln / 24bln / 36bln / 48bln).

01. Jenis Cuti Belajar :
02. Penganjur : Nyatakan :
03. Tarikh Dipohon : hingga
04. Tempoh Kursus : (Bulan)

F. DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DISERTAKAN

Bersama-sama ini saya sertakan salinan dokumen-dokumen yang disahkan (1 salinan) seperti berikut :

01. Surat Tawaran Tempat Kursus / Tawaran Kemasukan Universiti (Tahun Semasa).
02. Surat Tawaran Biasiswa.
03. Salinan Kenyataan Perkhidmatan yang kemaskini.
04. Surat Pengiktirafan Kelayakan (jika berkenaan).
05. Salinan Diploma / Ijazah Asas / Sarjana.
06. Salinan Surat Beranak dan Kad Pengenalan.
07. Salinan Muka Surat yang memaparkan Nama Dan No. Akaun Bank.
- 7.1 Akaun Bank Islam / (Universiti Tempatan)
- 7.2 Akaun Bank di Luar Negara (Universiti Luar Negara)

G. PENGAKUAN PEMOHON

Saya mengaku bahawa saya telah memenuhi semua syarat-syarat yang ditetapkan oleh Kementerian Pengajian Tinggi untuk mengikuti kursus. Saya juga mengaku bahawa segala keterangan yang diberi di atas adalah benar dan betul.

.....
Tandatangan Pemohon

.....
Tarikh

No. K/P :

Borang KPT (SLPP) 1A/14
3/3

H. ULASAN / PERAKUAN KETUA BAHAGIAN

01. Sokongan / Kebenaran : Ya | Tidak
02. Tindakan Tatatertib : Ya | Tidak

Jika (ada), nyatakan jenis hukuman

Jenis Hukuman :

Tahun :

03. Tarikh Terakhir Pengisytiharan Harta :

Saya sahkan sepanjang yang diketahui segala maklumat yang diberi di atas adalah benar.

.....
Tandatangan & Cop
Ketua Bahagian

.....
Tarikh

I. SOKONGAN / ULASAN KETUA JABATAN

Saya telah menyemak kenyataan Perkhidmatan Pegawai dan mengesahkan bahawa Pegawai ini telah memenuhi semua syarat yang telah ditetapkan untuk memohon Cuti Belajar.

- Permohonan pegawai disokong : Ya Tidak

.....
Tandatangan & Cop
Ketua Jabatan (Pendaftar/ Timbalan
Pendaftar Pengurusan Sumber Manusia)

.....
Tarikh



KEMENTERIAN PENGAJIAN TINGGI

BORANG PENGESAHAN KELAYAKAN ELAUN PENEMPATAN BAGI (HLP) STAF BUKAN AKADEMIK IPTA

Nama Penuh :
No. K/P : No. Tel :
Peringkat Pengajian : Tempat Pengajian & Negeri :
Tempoh Penajaan Dari : sehingga
Alamat Rumah Lama :
Alamat Rumah Terkini : No. Tel Rumah Bimbit :
Alamat Majikan :

Jarak rumah lama dengan rumah terkini.....km
Jarak rumah terkini dengan tempat pengajian.....km

MAKLUMAT PERPINDAHAN

i. [] Bujang ii. [] Berkeluarga

*Tandakan (/) pada yang berkenaan.

Berikut adalah ahli keluarga yang akan tinggal bersama saya sepanjang tempoh kursus mulai (tarikh berpindah) sehingga

A. *Suami/ Isteri :

Table with 2 columns: Nama, Tarikh Lahir/Umur. Rows for children (i), (ii), (iii).

Saya mengaku bahawa segala butir-butir yang dinyatakan di atas adalah benar.

Saya juga mengaku bahawa suami/isteri dan anak saya tinggal bersama saya sepanjang tempoh kursus.

Tarikh:
Tandatangan Pemohon

PENGESAHAN KETUA JABATAN

Saya mengesahkan bahawa pegawai berpindah rumah kerana mengikuti kursus.

Tarikh :

.....

(Tandatangan & Cop Rasmi Ketua Jabatan)

UNTUK KEGUNAAN BAHAGIAN BIASISWA DAN PEMBIAYAAN KPT

Permohonan diluluskan / tidak diluluskan

Kadar :

EPT, RM :

Tarikh :

.....

(Tandatangan & Cop Pegawai KPT)

Catatan:

Syarat-Syarat layak dibayar Elaun Penempatan :-

- Berkuatkuasa 1 Julai 2007;
- Perpindahan melebihi 25 kilometer radius dari kediaman pegawai;
- Pegawai yang tinggal di asrama universiti adalah tidak layak untuk menerima elaun ini;
- Hendaklah dituntut dalam tahun semasa;
- Tuntutan yang dibuat melangkaui tahun semasa tidak akan diproses dan dipertimbangkan;
- Bayaran adalah bagi pegawai sahaja manakala keluarga dibawah tanggungan majikan;
- Kemukakan sesalinan bil. elektrik / air rumah yang didiami sepanjang tempoh pengajian;
- Pegawai yang mengikuti pengajian di tempat yang sama dengan alamat majikan adalah tidak layak menerima elaun ini



SCHOLARSHIP DIVISION
Bahagian Biasiswa

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION
Kementerian Pengajian Tinggi Malaysia

HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION FORM
Borang Pengakuan dan Pemeriksaan Kesihatan

Instruction : (Kindly use BLACK ink ball pen only to fill up this form)

- (i) Health Declaration - to be completed by student
- (ii) Medical Examination - to be completed by certified physician

Note : Student is responsible to return this form to MOHE once completed

Arahan : (Sila gunakan pen mata bola berdwat HITAM sahaja untuk mengisi borang ini)

- (i) Pengakuan Kesihatan - diisi oleh pelajar
- (ii) Pemeriksaan Kesihatan - diisi oleh pegawai perubatan yang diiktiraf

Nota : Pelajar adalah bertanggungjawab untuk mengembalikan borang yang telah lengkap diisi ke KPT

PERSONAL DETAILS

Maklumat Peribadi

Name :	I.C.No :	Date of Birth :
<i>Nama :</i>	<i>No.K/P :</i>	<i>Tarikh Lahir :</i>
		/ /

Sex : M [] F []	Marital Status : Single [] Married []	Other : _____
<i>Jantina: L [] P []</i>	<i>Status Perkahwinan: Bujang [] Kahwin []</i>	<i>Lain-lain</i>

Home Address <i>Alamat Kediaman</i>	Contact Number <i>No untuk dihubungi</i>
---	--

Name, relationship and address of next of kin <i>Nama, hubungan dan alamat waris</i>	(H) R : (H/P) T/B :
	Contact Number <i>No untuk dihubungi</i>

	(H) R : (H/P) T/B :
--	--------------------------------------

HEALTH DECLARATION

Pengakuan Kesehatan

Have you ever suffered any of the following conditions ?

Pernahkan anda mengalami masalah-masalah kesehatan berikut ?

Please mark x in appropriate column

Tandakan x di ruang berkenaan

SN	ILLNESS	YES	NO
1.	Psychiatric illness / (Sakit Jiwa)		
2.	Epilepsy / (Sawan)		
3.	Migraine / (Migrain)		
4.	Hysteria / (Histeria)		
5.	Allergic Rhinitis / (Resedung)		
6.	Asthma / (Lelah)		
7.	Tuberculosis (PTB) / (Batuk Kering)		
8.	Hypertension (HPT) / (Darah Tinggi)		
9.	Diabetes Mellitus (DM) / (Kencing Manis)		
10.	Heart Diseases / (Penyakit Jantung)		
11.	Thyroid Diseases / (Penyakit Tiroid)		
12.	Kidney Diseases / (Penyakit Buah Pinggang)		
13.	Gastric / (Penyakit Gastrik)		
14.	HIV / AIDS		
15.	Cancer / (Barah)		
16.	Venereal Diseases / (Penyakit Kelamin)		
17.	Leukemia / (Leukimia)		
18.	Hepatitis / (Hepatitis)		

Please State (*Sila Nyatakan*)

Other illnesses / (*Penyakit-penyakit lain*)

Operation / Surgical / (*Pembedahan*)

Allergic / (*Alahan*)

Family Medical History (*Sejarah Perubatan Keluarga*)

Disability / Handicap / (*Kecacatan*)

I hereby certify that the above information is true and complete, and agree that any misrepresentation or deliberate omissions of a material fact on this form may result in my not being permitted to enter a program, or may result in termination. I hereby grant Scholarship Division, Ministry of Higher Education, permission to share information contained in my Medical Examination Form.

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap, dan bersetuju sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar atau dengan sengaja tidak menyatakan perihal sebenar di dalam borang ini akan menyebabkan saya tidak dibenarkan mengikuti program yang ditawarkan atau menghadapi kemungkinan ditamatkan daripada program. Saya, dengan ini memberi kebenaran kepada Bahagian Biasiswa, KPT untuk berkongsi maklumat yang terdapat di dalam Borang Pemeriksaan Kesihatan saya.

X

Signature
Tandatangan

Date
Tarikh

CONFIDENTIAL

MEDICAL EXAMINATION

(Physician must complete all question and give additional comment where necessary. Kindly note that physician is responsible for the information, suggestion and recommendation regarding the student's health given in this form)

Student Name

Date of Birth

/ /

PHYSICAL EXAMINATION

WEIGHT	HEIGHT
BLOOD PRESSURE	PULSE
SKIN	COLOR
EYE VISION TEST (RT)	EYE VISION (LT)

Are there abnormalities of the following systems? If yes, describe fully using additional sheet if necessary.

SN	SYSTEMS	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
1	Skin			
2	Head			
3	Eyes			
4	Ears			
5	Nose			
6	Mouth			
7	Neck			
8	Chest			
9	Breasts			
10	Cardiovascular			
11	Syncope			
12	Chest Pain			
13	Heart Murmur			
14	Abdomen			
15	Genitourinary			
16	Extremities			
17	Neurologic			

URINE TEST

NAD		WBC		RBC		PROTEIN		GLUCOSE	
------------	--	------------	--	------------	--	----------------	--	----------------	--

HEPATITIS TEST**(Please Attach Result From Lab)**

POSITIVE		NEGATIVE	
-----------------	--	-----------------	--

PREGNANCY TEST

POSITIVE		NEGATIVE	
-----------------	--	-----------------	--

If the student now under treatment for any physical or emotional condition?

Do you have any recommendations for the health care of this student ?

By history and physical examination, is this student a carrier of any communicable disease ?

RESULT

Medically fit		Unfit		Limited Capability	
----------------------	--	--------------	--	---------------------------	--

X

Physician Signature

Date

Post and Qualification

Note : In completing this form, particular attention should be paid to the following points :-

- a) X-ray of chest to rule out any tuberculosis or chronic pulmonary disease: where the film is entirely normal it needs not be forwarded, but if any abnormality is noted the film should be sent with this report.
- b) Kidneys – no evidence of renal lesion should be present
- c) Eyesight – severe errors of refraction should be not be passed as these should only give trouble during the years of study
- d) Hearing – deafness should be considered a definite bar