



LAMPIRAN SR.2.1.1(L)

Borang Perubatan 3/09

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009**

RAWATAN DI LUAR NEGERI

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*)

	T	T	S	T	T	j	

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

Chile - Población /Censo 2002

- ### **3. Skim Perkhidmatan/Gred**

Butiran Diri Pesakit (sekiranya pesakit *bukan* pegawai/pesara)

4. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

5. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

- ## 6 Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara

- ### **7. Maklumat Tambahan Bagi Anak**

- i. Umur
 - ii. Daif
 - iii. Masih Bersekolah

		Tahun			Bulan
	Ya			Tidak	
	Ya			Tidak	

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

8. Nama Jenis Penyakit yang Dihadapi oleh Pesakit

New York: P. D. Collier and Son, 1891.

- 2 N. G. Lai, P. R. S. Raghavan, D. S. J. Lee, and J. P. Goh

Tarikh Rawatan (*jangkaan*) : _____ hingga _____

- ## 12. Keperluan untuk Membawa Pengiring (perakuan Lembaga Perubatan)

Ya Tidak
Nama Pengiring (sekiranya diperakurkan oleh Lembaga Perubatan)

- #### 14. Hubungan Pengiriman dengan Reskit



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, invois, 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

20. 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 Bilangan 21 Tahun 2009. 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
