

BAHAGIAN IIIButiran 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, 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 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."

Tandatangan _____

(_____)
(*nama penuh*)

Jawatan _____

Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi

* *potong mana yang tidak berkenaan*