PEJABAT PENGURUSAN ORGANISASI

BORANG KEMASKINI MAKLUMAT STAF ATAU TANGGUNGAN ORANG KURANG UPAYA (OKU)

A. MAKLUMAT PEMOHON

Nama Staf : _____

No. Staf : _____ No. telefon : _____

Warganegara : _____ E-mail : _____

Jenis Kumpulan Perkhidmatan : _____

Alamat : _____

_____

B. MAKLUMAT STAF KELAINAN UPAYA

(Sila sertakan salinan Kad OKU)

Status Berdaftar Dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) : Ya / Tidak

Tarikh Ketidakupayaan : _____

No. Kad OKU : _____

Punca Ketidupayaan : Sejak Lahir / Kemalangan / Penyakit / Lain-Lain

Jika Lain-Lain (Nyatakan) : _____

Kategori Ketidakupayaan : Pendengaran / Penglihatan / Fizikal / Pembelajaran / Pertuturan / Mental / Pelbagai

Jenis Ketidakupayaan : _____

Nota : Jenis Ketidakupayaan bergantung kepada Kategori Ketidakupayaan

Alat bantuan (Jika Ada) : _____

Terima Elaun JKM Jika Ya (Nyatakan) : Ya / Tidak

1. Jenis Elaun : _____
2. Jumlah elaun (RM) : _____
3. Tarikh mula terima elaun : _____

C. MAKLUMAT TANGGUNGAN KELAINAN UPAYA

(Sila sertakan salinan Kad OKU bagi tanggungan dan dokumen berkaitan sekiranya tanggungan dirujuk ke Pusat Rehabilitasi atau Program Pemulihan Dalam Komuniti)

Tanggungan 1:

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Status Berdaftar Dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) : Ya / Tidak

Tarikh Ketidakupayaan : _____

No. Kad OKU : _____

Punca Ketidupayaan : Sejak Lahir / Kemalangan / Penyakit / Lain-Lain

Jika Lain-Lain (Nyatakan) : _____

Kategori Ketidakupayaan : Pendengaran / Penglihatan / Fizikal / Pembelajaran / Pertuturan / Mental / Pelbagai

Jenis Ketidakupayaan : _____

Nota : Jenis Ketidakupayaan bergantung kepada Kategori Ketidakupayaan

Alat bantuan (Jika Ada) : _____

Terima Elaun JKM Jika Ya (Nyatakan) : Ya / Tidak

1. Jenis Elaun : _____
2. Jumlah elaun (RM) : _____
3. Tarikh mula terima elaun : _____

Tanggungan 2:

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Status Berdaftar Dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) : Ya / Tidak

Tarikh Ketidakupayaan : _____

No. Kad OKU : _____

Punca Ketidakupayaan : Sejak Lahir / Kemalangan / Penyakit / Lain-Lain

Jika Lain-Lain (Nyatakan) : _____

Kategori Ketidakupayaan : Pendengaran / Penglihatan / Fizikal / Pembelajaran / Pertuturan / Mental / Pelbagai

Jenis Ketidakupayaan : _____

**Nota : Jenis Ketidakupayaan bergantung kepada Kategori Ketidakupayaan*

Alat bantuan (Jika Ada) : _____

Terima Elaun JKM Jika Ya (Nyatakan) : Ya / Tidak

1. Jenis Elaun : _____
2. Jumlah elaun (RM) : _____
3. Tarikh mula terima elaun : _____

D. PERAKUAN PEMOHON

Saya dengan ini mengakui bahawa segala maklumat sebagaimana yang dinyatakan di atas adalah benar. Sekiranya terdapat penipuan / pemalsuan, Pejabat Pengurusan Organisasi berhak membatalkan /menolak permohonan ini dan saya boleh didakwa atas kesalahan ini di bawah undang-undang yang berkuatkuasa.

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

E. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

☐	Borang permohonan lengkap
☐	Makluman status OKU telah disemak di portal JKM
☐	Lampiran lengkap

Diproses oleh:

Tandatangan :

Tarikh *key-in* dalam sistem :

Cop:

Disahkan oleh:

Tandatangan :

Tarikh *key-in* dalam sistem :

Cop: