Universiti Tun Hussein Onn Malaysia

No. Pekerja

No. Telefon

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN

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)*

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

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

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan Di Hospital/Klinik Kerajaan

i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

_____

_____

_____

ii. Tarikh Rawatan

(hari) (bulan) (tahun)

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

_____

_____

_____

ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i. ☐☐ ii. ☐☐ iii. ☐☐ iv. ☐☐

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
	Dokumen Kewangan (contoh : resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** di atas **benar** belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak **RM** _____ adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan _____ Tarikh _____

( )

(nama penuh)

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan*(sila gunakan lampiran sekiranya perlu)*

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

_____

_____

16. Nama Atau Jenis Ubat/Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

_____

_____

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

_____

_____

18. Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

"Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di **butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/disediakan oleh pihak Hospital/ Klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas."

Tandatangan _____

( )

(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat *(ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/Hospital Universiti sahaja)*

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ Hospital Universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah *DILULUSKAN/ TIDAK DILULUSKAN."

Tandatangan _____

( )

(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

* *potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan Dan Keputusan Pegawai Pengawal

"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 yang mana tidak berkenaan*

Catatan

** Had Kuasa Melulus Bagi Pembiayaan Rawatan Staf, keluarga dan ibu/bapa

- Nilai dibawah RM 1,000 – Penolong Pendaftar
- Nilai RM 1,000 hingga RM 10,000 – Pendaftar
- Melebihi RM 10,000 hingga RM 50,000 – Jawatankuasa Teknikal dan Tuntutan Kos Perubatan
- Melebihi RM 50,000 – Jawatankuasa Eksekutif Universiti
- Rawatan Luar Negara – Lembaga Pengarah Universiti