



13. Dokumen Sokongan yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi
	Surat Arahan Ketua Jabatan (bagi keperluan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengambil vaksin)
	Dokumen Kewangan (<i>contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan</i>)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** 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 IV

Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama Jenis Penyakit yang Dihadapi oleh Pesakit

16. Nama atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Pemeriksaan Kesihatan/Vaksin yang Diperlukan oleh Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/ Disediakan oleh Hospital/Klinik Kerajaan

18. Perakuan dan Pengesahan 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 dibeli/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

Jawatan _____
Tarikh _____



BAHAGIAN V *Perubatan dan Rawatan Perubatan*

Kelulusan Penggunaan Perubatan (*ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/hospital universiti sahaja*)

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

“Penggunaan ubatan 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*)

Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital Universiti

Jawatan _____
Tarikh _____
**potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI *Perkhidmatan dan Perbelanjaan*

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 Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM_____** adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.***”

Tandatangan _____
(_____)
(*nama penuh*)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan _____
Tarikh _____

**potong mana yang tidak berkenaan*