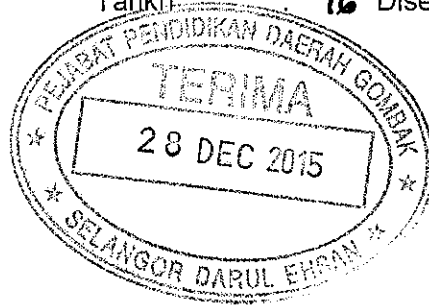




"1 MALAYSIA : RAKYAT DIDAHULUKAN, PENCAPAIAN DIUTAMAKAN"

Ruj. Kami : JPNS.PJPK 400-3/7/1 Jld. 89(124)
 Tarikh : 16 Disember 2015



Semua Pegawai Pendidikan Daerah
 Pejabat Pendidikan Daerah
 Negeri Selangor Darul Ehsan

Tuan/Puan,

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN RAWATAN HEMODIALISIS DAN SUNTIKAN RECORMON / EPREX DAN ERYTHROPOIETIN

Dengan segala hormatnya merujuk kepada perkara di atas.

- Bersama-sama ini dipanjangkan satu (1) salinan senarai semak dan Borang Perubatan 1/09 bagi urusan permohonan di atas. Diingatkan juga setiap permohonan perlulah dihantar ke Jabatan Pendidikan Selangor, Unit Perjawatan dan Perkhidmatan selewat-lewatnya setiap 10hb setiap bulan pada bulan berikutnya. Sebarang kelewatan tidak akan diproses dan pembayaran tidak akan dilakukan.
- Sehubungan dengan itu juga, pihak tuan dipohon untuk mengedarkan kepada semua sekolah-sekolah yang berada di bawah pentadbiran tuan untuk diambil tindakan.
- Kerjasama tuan dalam perkara ini amatlah dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian.

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

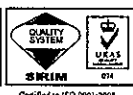
Saya yang menurut perintah,

(ZAINUREN BIN HAJI MOHD NOR, SMP., AAP.)
 Pengarah
 Jabatan Pendidikan Selangor

PE
 CUT
 28/12
 TPPD

PT2
 - utk edaran ke sekolah 2
 - semua PT Perkhidmatan
 PE 29/1

"Jabatan Pendidikan Selangor Terbilang"



PE 29/1



**SENARAI SEMAK PERMOHONAN TUNTUTAN UNTUK
 HEMODIALISIS DAN SUNTIKAN EPREX/RECORMON/ERYTHROPOEITIN**

1. BORANG PERUBATAN 1/09

- (Bahagian I dan II -isi mengikut panduan am yang dilampirkan)
- (Bahagian III, No.14 - Setiap kali permohonan perlu tandatangan hidup dan tarikh mengikut bulan permohonan)
- (Bahagian IV, No.16 - Perlu menyatakan Rawatan/Ubat bagi Rawatan Hemodialisis dan Suntikan)
- (Bahagian IV, No.18- Pengesahan dan cop rasmi daripada PAKAR PERUNDING NEFROLOGI Hospital Kerajaan sahaja, bukan Pegawai Perubatan)
- (Kosongkan Bahagian VI- Pengesahan Ketua Jabatan dari JPS)
- (Borang original tidak perlu disah benarkan)
- (Borang perlu diperbaharui setiap 1 tahun)

2. SURAT PERAKUAN/MEMO DOKTOR HOSPITAL KERAJAAN

- (Perakuan hanya oleh PAKAR NEFROLOGI sahaja, bukan Pegawai Perubatan)
- (Surat Doktor perlu diperbaharui setiap 1 tahun)

3. SURAT SOKONGAN DARI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

4. LAMPIRAN A @ JADUAL PESAKIT

- (Tuliskan Tarikh Rawatan, Jenis Rawatan (Dialisis & Suntikan))

5. INBOIS RAWATAN HEMODIALISIS

6. INBOIS RAWATAN SUNTIKAN

7. SURAT PENGESAHAN MAJIKAN

- (Nyatakan Nama & Jawatan Pegawai, Gred Pegawai, Tahun Mula Bertugas)

8. SURAT AKUAN PEGAWAI

- (Nyatakan Tempat & Tarikh Mula Bertugas, Nama Penyakit & Hubungan dengan Pesakit)

9. SALINAN SURAT NIKAH/SURAT BERANAK (Untuk Mengesahkan Hubungan)

10. SALINAN KAD PENGENALAN (Pegawai dan Pesakit)

11. SALINAN SIJIL SURUHANJAYA SYARIKAT MALAYSIA (SSM P.DIALISIS)

12. SALINAN MUKA DEPAN BUKU BANK PUSAT DIALISIS

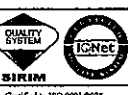
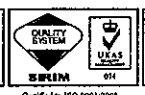
13. BORANG MAKLUMAT PENERIMA BAYARAN PERSEORANGAN (P.DIALISIS)

PERHATIAN : # setiap permohonan perlu mengemukakan borang asal beserta dokumen sokongan seperti disenarai semak di atas dan disahkan oleh ketua jabatan
 # dimana permohonan kali pertama 3 set dan permohonan berulang 2 set
 # permohonan berulang perlu :
 mengemukakan borang asal dan perlu diisi seperti di bil.1 kecuali di bahagian IV No.15,16 dan 17 perlu dikosongkan, hanya perlu menulis "seperti dilampiran"
 (semua dokumen perlu disahkan oleh ketua Jabatan kecuali BORANG 1/09)
 # Permohonan untuk hemodialisis dan suntikan boleh disertakan bersama di dalam Borang Perubatan 1/09 yang sama. (1 Set Borang untuk 1 bulan permohonan)
 # Tidak dibenarkan menggunakan pemadam cecair (*liquid paper*) pada setiap borang dan dokumen permohonan
 # Setiap permohonan perlu dihantar ke JPS sebelum atau setiap 10hb bulan berikutnya

Jika ada sebarang pertanyaan, sila berhubung dengan Unit Perjawatan & Perkhidmatan di talian 03-5510 1910 ;

- 1) Puan Haryati binti Tumin (PPD Petaling Utama/Gombak/Sepang/Kuala Langat/Hulu Langat)
- 2) Puan Hafziza binti Mohamed Sidek (PPD Petaling Perdana/Klang/Hulu Selangor/Kuala Selangor/Sabak Bernam)

" Jabatan Pendidikan Selangor Terbilang "



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

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arahan:**
- i. Maklumat hendaklah dilengkapi 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/ passport)

2. No. Kad Pengenalan/ Passport

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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/ passport/ sijil kelahiran)

6. No. Kad Pengenalan/ Passport/ 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

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

ii. Tarikh Rawatan

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

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, invoices, 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 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 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 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

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

* potong mana yang tidak berkenaan

20. 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)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan

MAKLUMAT PERMOHON
(Bayaran Balik Perbelanjaan Perubatan)

Nama (Puan / Encik)	:		
Jawatan	:		No. Fail JPS : <input type="text"/>
No. Kad Pengenalan	:		Tarikh Lahir : <input type="text"/>
Alamat Sek / Pejabat	:		
Poskod	:		Bandar : <input type="text"/>
No. Tel. Sek / Pejabat	:		No. Faks : <input type="text"/>
No. Tel. Rumah	:		Emel : <input type="text"/>
No. Tel. Bimbit	:		No. Tel. Pewaris : <input type="text"/>
Bangsa	:		Warga : <input type="text"/>
Agama	:		

MAKLUMAT PENERIMA BAYARAN

Nama Pusat Hemodialisis	:		
Alamat Pusat Hemodialisis	:		Bandar : <input type="text"/>
Poskod	:		No. Tel. Bimbit : <input type="text"/>
No. Tel. Pusat Hemodialisis	:		No. Faks : <input type="text"/>
Nama Bank	:		No. Akaun bank : <input type="text"/>
Cawangan	:		Email : <input type="text"/>