

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, invoice, 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 _____ 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 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 & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan
(_____)
(*nama penuh*)
Jawatan _____
Tarikh _____

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 _____ Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti
(_____)
(*nama penuh*)
Jawatan _____
Tarikh _____

* *potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

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.”

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)

(*nama penuh*)

Jawatan

Tarikh

* *potong mana yang tidak berkenaan*

