JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA
BAHAGIAN PENCEN

JPA.BP.UBAT.B01a

PERMOHONAN PEMBIAYAAN RAWATAN HEMODIALISIS

ARAHAN

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM/BIRU**.
2. Sila gunakan **" HURUF BESAR"**.
3. Sila tandakan (/) pada ruang bertanda (*).

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Rujukan Perubatan :

No. Rujukan Panel :

Tarikh Terima : / /

Hari Bulan Tahun

A MAKLUMAT PESARA / PENERIMA PENCEN

1. No. Kad Pengenalan Semasa

1a. Kategori Kad Pengenalan Semasa *

01 Baru 02 Lama 03 Polis 04 Tentera

2. No. Kad Pengenalan Dahulu

2a. Kategori Kad Pengenalan Dahulu *

01 Baru 02 Lama 03 Polis 04 Tentera

3. Nama

4. Alamat

5. Poskod

6. Bandar

7. Negeri

Kod Negeri

8. No. telefon -

9. Alamat e-mel

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

B MAKLUMAT PESAKIT (Sekiranya lain dari pesara)

1. No. Kad Pengenalan Semasa

1a. Kategori Kad Pengenalan Semasa *

01 Baru 02 Lama 03 Polis 04 Tentera

2. No. Kad Pengenalan Dahulu

2a. Kategori Kad Pengenalan Dahulu *

01 Baru 02 Lama 03 Polis 04 Tentera

3. No. Sijil Lahir

4. Nama

5. Tarikh lahir

Hari / Bulan / Tahun

6. Hubungan dengan pesara *

I Isteri S Suami A Anak

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

C MAKLUMAT PUSAT HEMODIALISIS

1. Nama Pusat Rawatan

2. Nama Pegawai untuk dihubungi

3. Alamat

4. Poskod

5. Bandar

6. Negeri

Kod Negeri

7. No. telefon

-

8. Alamat e-mel

D PENGAKUAN PESARA / PENERIMA PENCEN

Saya ingin memohon kemudahan pembiayaan rawatan hemodialisis seperti mana diperuntukkan di bawah Perintah Am 8, Bab F 1974 dan dengan ini mengesahkan bahawa segala maklumat di atas adalah betul.

_____

(Tandatangan)

Nama :

Tarikh :

Disemak Oleh:

Nama :

Jawatan :

Unit :

Tarikh :

E PENGESAHAN PUSAT HEMODIALISIS

Adalah disahkan bahawa perkhidmatan hemodialisis boleh diberikan kepada pesakit yang dinamakan di atas di pusat ini.

_____

(Tandatangan)

Nama :

Jawatan :

Cop Rasmi :

Tarikh :

Disahkan Oleh:

Nama :

Jawatan :

Unit :

Tarikh :