

**BORANG PERMOHONAN PERBELANJAAN RAWATAN KECEMASAN DI HOSPITAL/KLINIK SWASTA \***  
**[Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4 Tahun 2001]**

**1. Butir Diri Anggota / Pesara / Pesakit**

Nama Penuh Anggota  /Pesara

No. Kad Pengenalan Anggota/Pesara

Baru  Lama

Nama Penuh Pesakit (Jika bukan Anggota/Pesara)

No. Kad Pengenalan Pesakit

Baru  Lama

Hubungan Pesakit Dengan Anggota/Pesara

|                                |                                 |                               |   |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Suami <input type="checkbox"/> | Isteri <input type="checkbox"/> | Anak <input type="checkbox"/> | <i>Jika anak, nyatakan-</i><br>a) Umur <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> Bulan<br>b) Sama ada-<br>Masih bersekolah <input type="checkbox"/> Tidak bersekolah <input type="checkbox"/> Daif <input type="checkbox"/> |
| Ibu <input type="checkbox"/>   | Bapa <input type="checkbox"/>   |                               |   |

**2. Kelayakan Wad di Hospital Kerajaan**

Kelas 1 Bilik Seorang     Kelas 1 Bilik Berdua     Kelas 1 Bilik Bertiga     Kelas 2     Kelas 3

**3. Butir-butir Rawatan Kecemasan**

Nama Hospital / Klinik Swasta

Jenis Rawatan / Kecederaan

Alamat Hospital / Klinik Swasta

Kos Yang Dituntut (Lampirkan bil terperinci / resit)

|                 |    |                      |
|-----------------|----|----------------------|
| Rawatan         | RM | <input type="text"/> |
| Wad             | RM | <input type="text"/> |
| Lain-lain       | RM | <input type="text"/> |
| Jumlah dituntut | RM | <input type="text"/> |

Kelas wad semasa rawatan

Suite     Sebilik Seorang     Sebilik Dua Orang     Sebilik Tiga Orang     Sebilik Empat Orang

Tarikh Dimasukkan Ke Hospital

Masa Dimasukkan Ke Hospital

Tarikh dan Masa Pembedahan / Rawatan Kecemasan

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Tarikh               | Masa                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Tarikh Keluar Hospital

Masa Keluar Hospital

Tempoh Rawatan Pemulihan (Selepas ICU / Wad Biasa)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Daripada Tarikh      | Hingga Tarikh        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Nota:** \* Lihat panduan am di muka surat 4

(Tandakan  di mana berkaitan)

**4. Kejadian Kecemasan**

Tarikh

Masa

Alamat Semasa Berlaku Kecemasan

Jarak Dengan Hospital Kerajaan Yang Terdekat

Kilometer

Jarak Dengan Hospital Swasta Yang Diperolehi Rawatan

Kilometer

Orang Yang Membawa Pesakit Ke Hospital dan Hubungan dengan Pesakit

Keadaan Pesakit semasa dibawa ke Hospital (pengsan dsb)

Keadaan persekitaran semasa kejadian (trafik dsb)

**5. Justifikasi Permohonan**

Sebab Kenapa Tidak Dibawa Pesakit Terus Ke Hospital Kerajaan Yang Terdekat

Alasan Kenapa Anggota/Pesara Tidak Sepatutnya Menanggung Sendiri Perbelanjaan di Klinik/Hospital Swasta selaras dengan Perintah Am 4, Bab F

## 6. Kronologi Kes (Urutan Peristiwa Berlaku Kecemasan Sehingga Pesakit Keluar Daripada Hospital Swasta)

| Tarikh/Masa | Tempat | Peristiwa |
|-------------|--------|-----------|
|             |        |           |

## 7. Dokumen Sokongan

Dokumen berikut disertakan-

Laporan Klinikal Hospita/Klinik Swasta  Laporan Polis (kes kemalangan/jenayah)  Lain-lain dokumen (jika perlu)

Bukti bayaran (resit dsb)  Salinan Kad Pesara  Bil Terperinci

8. Pengesahan Anggota  / Pesara 

Saya mengesahkan bahawa butir permohonan di 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 adalah benar. Saya memohon perbelanjaan perubatan sebanyak

RM  untuk rawatan di atas.

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Nama penuh

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

## 9. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

Saya mengesahkan permohonan di atas adalah memenuhi syarat dan kelayakan mengikut Perintah Am Bab F atau Surat Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 1/1993 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4/2001. Permohonan sebanyak  adalah dilulus  / tidak dilulus

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Nama penuh

\_\_\_\_\_  
Tandatangan dan cop jabatan

## PANDUAN AM BORANG SARAUBAT JPA (RCS)

### 1. KEGUNAAN BORANG

Borang ini adalah untuk kegunaan anggota/pesara bagi tujuan permohonan perbelanjaan perubatan rawatan **kecemasan** yang diperolehi di hospital/klinik swasta berhampiran dengan tempat kejadian kecemasan

### 2. PEMOHON YANG LAYAK

2.1 Anggota/Pesara Perkhidmatan Awam Persekutuan yang menerima pencen,

2.2 Keluarga Anggota/Pesara-

i) Suami/isteri

ii) Anak-anak -

a) di bawah 18 tahun jika ditanggung sepenuhnya;

b) di bawah 21 tahun jika masih belajar;

c) tiada had umur bagi anak yang daif

2.3 Ibu bapa yang sah kepada anggota yang memilih Sistem Saraan Baru (SSB) dan masih berkhidmat.

### 3. SYARAT PERMOHONAN

3.1 Mendapat rawatan di hospital/klinik swasta berdekatan dengan tempat kejadian kecemasan kerana tiada hospital/klinik Kerajaan yang berhampiran; **dan**

3.2 Memerlukan rawatan serta merta yang tidak boleh dilengahkan bagi menyelamatkan nyawa pesakit; **dan**

3.3 Pesakit dalam keadaan kritikal/tenat semasa dibawa ke hospital/klinik swasta; **dan**

3.4 Status kecemasan disahkan oleh Pakar Perubatan hospital swasta yang merawat; **dan**

3.5 Permohonan diluluskan oleh Ketua Jabatan;

3.6 Pertimbangan perbelanjaan perubatan ini adalah tertakluk kepada peraturan yang ditetapkan dalam Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4 Tahun 2001

### 4. CARA MEMOHON:

4.1 Permohonan anggota Perkhidmatan Awam Persekutuan hendaklah menggunakan borang SARAUBAT JPA (RCS) dan dikemukakan berserta dengan dokumen sokongan yang lengkap kepada Ketua Jabatan masing-masing.

4.2 Permohonan pesara Perkhidmatan Awam Persekutuan yang menerima pencen hendaklah menggunakan borang SARAUBAT JPA (RCS) dan dikemukakan berserta dengan dokumen sokongan yang lengkap ke Jabatan Perkhidmatan Awam (Bahagian Pencen).