

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA WITH SERVICES ONLY  
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

Nama dan Alamat Premis : \_\_\_\_\_  
 Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : \_\_\_\_\_  
 Mailing Address : \_\_\_\_\_

BIL	PERKARA	ULASAN
(i)	Salinan Borang 2 / Borang 10 <b>yang sah laku</b> (diperakui sah)	
(ii)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop pemohon)	
(iii)	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang ( <i>money order</i> ) atau draf bank ( <i>bank draft</i> ) dibayar atas nama <b>Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia</b> seperti berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perkhidmatan hospis: RM10/ perkhidmatan <b>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)</b></li> </ul>	
(iv)	Salinan kad pengenalan ( <b>diperakui sah</b> ) bagi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab (jika berlainan daripada pemohon)</li> </ul>	
(v)	Surat akuan bersumpah <b>asal</b> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>	
(vi)	Salinan <i>sijil kelayakan profesional</i> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] ( <b>diperakui sah</b> ) bagi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat</li> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
(vii)	Salinan sijil pendaftaran profesional [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] ( <b>diperakui sah</b> ) bagi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat</li> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
(viii)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> <li>▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
(ix)	Butir-butir bagi setiap kakitangan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> <li>▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)</li> <li>▪ Daftar Lokum perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika</i></li> </ul>	

	<i>berkaitan)</i>	
(x)	Senarai MCO ( <i>jika berkaitan</i> )	
(xi)	<i>Written Policies and Standard Operating Procedure (SOP):</i>	
	<i>Infection Control</i>	
	<i>Policy Statement</i>	
	<i>Orders for Medication &amp; Documentation</i>	
	<i>Emergency Management</i>	
	<i>Types of Services (berdasarkan permohonan):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Bereavement Services</i></li> <li>▪ <i>Respite Care Services</i></li> <li>▪ <i>Homemaker Services</i></li> <li>▪ <i>Hospice Home Care Services</i></li> <li>▪ <i>Volunteer Services</i></li> </ul>	
(xii)	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan ( <i>mengikut perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i> )	

**Disemak oleh** :

**Tindakan**

: \_\_\_\_\_  
Diterima / Dipulangkan kepada:

**Tarikh**

:

\_\_\_\_\_