

SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL)

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

BIL	PERKARA	ULASAN
(i)	Salinan Borang 2 / Borang 10 yang sah laku (diperakui sah)	
(ii)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop pemohon)	
(iii)	<p>Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesakit Dalam: RM600 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Jagaan Ambulatori: RM300 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Kediaman Hospis: RM50 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Perkhidmatan Hospis: RM10/ perkhidmatan <p>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)</p>	
(iv)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang Yang Bertanggungjawab (jika berlainan daripada pemohon) 	
(v)	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
(vi)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang Yang Bertanggungjawab ▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>) ▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (jika berkaitan) ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
(vii)	Salinan sijil pendaftaran profesional [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon ▪ Orang Yang Bertanggungjawab ▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>) ▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (jika berkaitan) ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan</i> 	

	<i>perkhidmatan yang disediakan)</i>	
(viii)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (<i>jika berkaitan</i>)	
(ix)	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar Lokum perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
(x)	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba (diperakui sah)	
(xi)	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
(xii)	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
(xiii)	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
(xiv)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
(xv)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>)(diperakui sah)	
(xvi)	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
(xvii)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
(xviii)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
(xix)	Penyata kewangan (bagi hospis swasta tersebut)	
(xx)	Senarai MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
(xxi)	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

Disemak oleh :

Tindakan : _____
Diterima / Dipulangkan kepada:

Tarikh : _____
