

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) HOSPIS SWASTA
(PERTUBUHAN)**

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

BIL	PERKARA	ULASAN
(i)	Salinan lesen (Borang 4 / Borang 7) yang sah laku (diperakui sah)	
(ii)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop rasmi pertubuhan)	
(iii)	<p>Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia bagi WP Kuala Lumpur/ Putrajaya/ Labuan (dimana KPJKS tersebut beroperasi):</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)	Surat kuasa asal (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan yang ditandatangani ≥51% Pemegang Jawatan Pertubuhan)	
(v)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi:	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Pemegang Jawatan Pertubuhan	
(vi)	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi:	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Pemegang Jawatan Pertubuhan	
(vii)	Salinan sijil kelayakan profesional hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (diperakui sah) (disenaraikan mengikut Lampiran A dan B, dimana berkaitan)	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa (sekiranya RMP)	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Pemegang Jawatan Pertubuhan (sekiranya RMP)	
	▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan (jika berkaitan)	
(viii)	Butir-butir bagi profesional lain tetap / pelawat dan anggota kejururawatan sedia ada** dan baru (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(ix)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan)	
(x)	Dokumen konstituen bagi pertubuhan (diperakui sah):	

	▪ Borang 3 (Sijil Pendaftaran), Akta Pertubuhan 1966	
	▪ Butiran pemegang jawatan pertubuhan yang didaftarkan	
	▪ Undang-undang pertubuhan tersebut	
(xi)	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba (diperakui sah)	
(xii)	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
(xiii)	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (jika berkaitan) (diperakui sah)	
(xiv)	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (jika berkaitan) (diperakui sah) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
(xv)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
(xvi)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>)(diperakui sah)	
(xvii)	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (jika <i>outsource</i>) (diperakui sah)	
(xviii)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
(xix)	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (jika <i>outsource</i>) (diperakui sah)	
(xx)	Penyata kewangan terkini (bagi hospis swasta tersebut)	
(xxi)	Senarai MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
(xxii)	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

Disemak oleh :

Tindakan :

Diterima / Dipulangkan kepada:

Tarikh :

***Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah perlu dikemukakan salinan asal.**

****Bagi setiap pengamal perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan termasuk anggota kejururawatan sedia ada, tidak perlu mengemukakan dokumen sokongan bagi setiap individu tersebut. Memadai dengan mengemukakan butiran lengkap seperti di Lampiran A, B dan C.**

Lampiran A

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

NO.	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL (IJAZAH ASAS DAN KEPAKARAN TERMASUK NSR)	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	* NOMBOR NSR
ORANG YANG DIBERI KUASA						
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)						
AHLI LEMBAGA PENGARAH PERTUBUHAN PERBADANAN/ PERTUBUHAN/ PERKONGSIAN						

Saya,dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh CKAPS JKN/JKWP:

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :

Lampiran B

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN PENGAMAL PERUBATAN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

NO	JENIS PEKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC TERKINI	*NOMBOR NSR	SURAT KEBENARAN HOD	
1.		PENGAMAL PERUBATAN TETAP (SEDIA ADA)							
								TB	
								TB	
		PENGAMAL PERUBATAN TETAP (BARU)							
								TB	
								TB	
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (SEDIA ADA)							
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (BARU)							
2.		PENGAMAL PERUBATAN TETAP (SEDIA ADA)							
								TB	
								TB	
		PENGAMAL PERUBATAN TETAP (BARU)							
								TB	
								TB	
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (SEDIA ADA)							
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (BARU)							

Sayadengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh:

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh CKAPS – JKN/ JKWP:

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :

Lampiran C

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN PROFESIONAL LAIN DAN ANGGOTA KEJURURAWATAN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

NO	JENIS PEKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/ JURUPULIH ANGGOTA/ JURU X-RAY/ DIETETIK/ PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) SEDIA ADA						
PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/ JURUPULIH ANGGOTA/ JURU X-RAY/ DIETETIK/ PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) BARU						
JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN SEDIA ADA						
JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN BARU						
JURURAWAT ASING SEDIA ADA						

JURURAWAT ASING BARU						
JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT SEDIA ADA						
JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT BARU						
PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI SEDIA ADA						
PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI BARU						

*sila tulis "TB" sekiranya tidak berkaitan

Saya, dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan- peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan- kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh CKAPS-JKN/JKWP :
Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :