SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) RUMAH BERSALIN SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

_____

BIL.	PERKARA		ULASAN
1.	Salinan Borang 2 / Borang 10 **yang sah laku** (diperakui sah)		
2.	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop rasmi pertubuhan perbadanan)		
3.	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (*money order*) atau draf bank (*bank draft*) dibayar atas nama **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia** seperti berikut: (RM900 + RM5 per katil/kot (kecuali basinet/seumpama dengannya) **(*wang tunai atau cek* persendirian *<u>tidak</u> diterima*)**	**Jika kiriman wang, sila kemukakan:** ▪ Salinan Kiriman Wang (*Customer Copy* asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad) ▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada *Customer Copy* asal - Tulis tangan pada salinan tersebut dengan perkataan: "**RUJUKAN CKAPS**" - Tulisan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan	
		Jika draf bank: ▪ Sila tulis **nama** dan **no. telefon pembayar** di belakang bank draf ▪ Sila kemukakan 1 salinan (fotostat) kiriman draf bank	
4.	Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Pelesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk **Lampiran**)		
5.	<u>Surat kuasa **asal**</u> (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan perbadanan ditandatangani ≥ 51% Ahli Lembaga Pengarah)		
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi –		
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa		
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab		
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah		
7.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil *National Specialist Register (NSR)* (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi –		
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa		
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah		
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab		
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (*mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan*)		
8.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi –		
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa		
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah		
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab		
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (*mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan*)		
9.	<u>Surat akuan bersumpah</u> **asal** (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau		

BIL.	PERKARA	ULASAN
	ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi –	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
10.	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
11.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan (diperakui sah) iaitu *Corporate Information,* Akta Syarikat 2016 yang terkini (**≥ 1 RMP** dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
12.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (*mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan*)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar Lokum perlu disedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (*jika berkaitan*)	
13.	Butir-butir Perjanjian Berjadual (*Contractual Agreement*) termasuk kekerapan lawatan, tanggungjawab pengamal perubatan pelawat dan perkiraan dalam hal kecemasan perubatan atau perundingan segera (jika berkaitan – sekiranya Orang Yang Bertanggungjawab merupakan Jururawat Terlatih (posbasik Kebidanan Bahagian 1)/ Bidan)	
14.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (diperakui sah)	
15.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
16.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (*jika berkaitan*) (diperakui sah)	
17.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) *autoclave* (*jika berkaitan*) (diperakui sah)	
18.	Salinan Lesen Tenaga Atom (*bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan)* (diperakui sah)	
19.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
20.	Salinan Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (*jika outsource*) (diperakui sah)	
21.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (*jika outsource*) (diperakui sah)	
22.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan *(jika berkaitan*) (diperakui sah)	
23.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (*jika outsource*) (diperakui sah)	
24.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
25.	Penyata kewangan (bagi rumah bersalin swasta tersebut)	
26.	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (*jika berkaitan*)	
27.	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (*mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan*)	

Disemak oleh : _____

Tindakan : Diterima/ Dipulangkan kepada: _____

Tarikh : _____

LAMPIRAN

*__PEMOHON__ HENDAKLAH __ISI MAKLUMAT A HINGGA E__ DENGAN LENGKAP dan kemukakan bersama permohonan.

SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS

A. JENIS PREMIS (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	HOSPITAL		HOSPITAL PSIKIATRI		BANK DARAH	
	PUSAT JAGAAN AMBULATORI (ACC)		RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN PSIKIATRI		RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN	
	PUSAT HEMODIALISIS		PUSAT KESIHATAN MENTAL MASYARAKAT			
	RUMAH BERSALIN		HOSPIS		GABUNGAN	
B. MAKLUMAT PEMOHON	**NAMA PREMIS**					
	ALAMAT LOKASI PREMIS					
	ALAMAT SURAT MENYURAT (jika berlainan dengan alamat premis)					
	NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN (dimana berkaitan)					
	NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS					
	E-MEL PEMOHON / PREMIS					
C. JENIS PERMOHONAN (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	BORANG 1		BORANG 8		SALINAN PENDUA PERAKUAN KELULUSAN / LESEN	
	BORANG 3		BORANG 9		CARIAN CABUTAN	
	BORANG 5		PINDAAN		PENGELUARAN LESEN	
D. BUTIRAN BAYARAN FI (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	JENIS BAYARAN (*tandakan / di kotak berkaitan)		BANK DRAF		KIRIMAN WANG	
	SALINAN BANK DRAFT / KIRIMAN WANG DISERTAKAN (*tandakan / di kotak berkaitan)		YA		TIDAK	
	DIKELUARKAN OLEH			NILAI BAYARAN (RM)		
	NO. RUJUKAN BANK DRAF / KIRIMAN WANG			TARIKH DIKELUARKAN		
E. TANDATANGAN & COP PEMOHON / WAKIL				**TARIKH**		

F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	Jenis bayaran (Bank Draf / Kiriman Wang sahaja diterima)	Bank Draft		Kiriman Wang	
	Bank Draft / Kiriman Wang **Asal** dikemukakan	Ya		Tidak	
	Salinan Bank Draft / Kiriman Wang dilampirkan bersama	Ya		Tidak	
	No. rujukan bayaran padan dengan salinan	Ya		Tidak	
	Nilai Bayaran (RM)				
	Nama PT				
	Tarikh Semakan				
	Tandatangan				