

**SENARAI SEMAK BORANG 1 RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN PSIKIATRI SWASTA  
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

Nama dan Alamat Premis : \_\_\_\_\_

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : \_\_\_\_\_

Mailing Address : \_\_\_\_\_

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Borang 1 diisi <b>lengkap</b> (termasuk tarikh, tandatangan dan cop rasmi pertubuhan perbadanan)	
2.	<p>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> bernilai <u>RM1000.00</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></b></li> </ul> <p><b>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Kiriman Wang (Customer Copy asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad)</li> <li>▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada Customer Copy asal. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tulis tangan pada salinan tersebut dengan perkataan <b>“RUJUKAN CKAPS”</b></li> <li>- Tulisan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Jika draf bank:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sila tulis <b>nama</b> dan <b>no. telefon pembayar</b> di belakang bank draf.</li> <li>▪ Sila kemukakan 1 salinan (fotostat) kiriman draf bank.</li> </ul>	
3.	Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Perlesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk <b>Lampiran</b> )	
4.	<u>Surat kuasa asal</u> atau salinan <i>Directors' Circular Resolution</i> yang diperakui sah bagi Orang Yang Diberi Kuasa (ditandatangani oleh ≥ 51% Ahli Lembaga Pengarah)	
5.	Salinan kad pengenalan ( <b>diperakui sah</b> ) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
6.	Salinan Perakuan Amalan Tahunan ( <i>Annual Practicing Certificate [APC]</i> ) yang <b>diperakui sah</b> bagi tahun semasa/ terkini untuk pengamal perubatan yang merupakan -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Ahli Lembaga Pengarah	
7.	Salinan sijil kelayakan profesional [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13), Malaysian Medical Council (MMC)</i> ] ( <b>diperakui sah</b> ) (jika berkaitan) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
8.	Akuan Berkanun asal yang terkini, ditandatangani Hakim Mahkamah Sesyen, Majistret, Pesuruhjaya Sumpah atau notari awam (tertera pernyataan <i>“tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan”</i> ) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
9.	Salinan <i>Corporate Information</i> Akta Syarikat 2016 bagi tahun semasa/ terkini yang diperakui sah ( <i>perlu memastikan sekurang-kurangnya <b>seorang</b> pengamal perubatan dalam senarai Ahli Lembaga Pengarah</i> )	

10.	Cadangan komprehensif mengenai pengambilan tenaga kerja termasuk <i>Affiliated Psychiatrist</i> (Jika berkaitan)	
11.	Pelan tapak ( <i>site plan</i> )	
12.	Pelan lantai arkitek ( <i>fully loaded</i> ) skala <b>1:100</b> (2 set berserta <i>legend</i> yang lengkap)	
13.	Pelan lantai mekanikal & elektrik skala <b>1:100</b> (1 set berserta <i>legend</i> yang lengkap)	
14.	Penyata kewangan (anggaran kos penubuhan bagi rumah jagaan kejururawatan psikiatri swasta tersebut)	
15.	<i>Written Policies and Standard Operating Procedure (SOP)</i> *All SOP must be verified by Psychiatrist (private/government)	
	▪ <i>On Infection Control</i>	
	▪ <i>On Policy Statement</i>	
	▪ <i>On Orders For Medication &amp; Documentation</i>	
	▪ <i>On Emergency Management</i>	
	▪ <i>On Safety And Privacy Of Patient</i>	
	▪ <i>On Body Hold</i>	

Disemak oleh :

Tarikh :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*PEMOHON HENDAKLAH ISI MAKLUMAT A HINGGA E DENGAN LENGKAP dan kemukakan bersama permohonan.

<b>SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS</b>							
<b>A. JENIS PREMIS</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	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>B. MAKLUMAT PEMOHON</b>	<b>NAMA PREMIS</b>						
	<b>ALAMAT LOKASI PREMIS</b>						
	<b>ALAMAT SURAT MENYURAT</b> <small>(jika berlainan dengan alamat premis)</small>						
	<b>NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN</b> <small>(dimana berkaitan)</small>						
	<b>NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS</b>						
	<b>E-MEL PEMOHON / PREMIS</b>						
<b>C. JENIS PERMOHONAN</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	BORANG 1		BORANG 8		SALINAN PENDUA PERAKUAN KELULUSAN / LESEN		
	BORANG 3		BORANG 9		CARIAN CABUTAN		
	BORANG 5		PINDAAN		PENGELUARAN LESEN		
<b>D. BUTIRAN BAYARAN FI</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	JENIS BAYARAN <small>(*tandakan / di kotak berkaitan)</small>		BANK DRAF		KIRIMAN WANG		
	SALINAN BANK DRAFT / KIRIMAN WANG DISERTAKAN <small>(*tandakan / di kotak berkaitan)</small>		YA		TIDAK		
	DIKELUARKAN OLEH				NILAI BAYARAN (RM)		
	NO. RUJUKAN BANK DRAF / KIRIMAN WANG				TARIKH DIKELUARKAN		
<b>E. TANDATANGAN &amp; COP PEMOHON / WAKIL</b>					<b>TARIKH</b>		
<b>F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA</b> <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	Jenis bayaran (Bank Draf / Kiriman Wang sahaja diterima)			Bank Draft		Kiriman Wang	
	Bank Draft / Kiriman Wang <b>Asal</b> 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						