

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN 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.	<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"> ▪ (RM900 + RM5 per katil/seumpama dengannya) <p>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u>)</p>	<p>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Kiriman Wang (<i>Customer Copy</i> asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad) ▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada <i>Customer Copy</i> asal. <ul style="list-style-type: none"> - Tulis tangan pada salinan tersebut dengan perkataan: "RUJUKAN CKAPS" - Tulis hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan. <p>Jika draf bank:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> atau salinan <i>Directors' Circular Resolution</i> yang diperakui sah bagi Orang Yang Diberi Kuasa (ditandatangani oleh ≥ 51% Ahli Lembaga Pengarah)	
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi:	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
7.	<u>Akuan Berkanun asal</u> 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	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
8.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13), Malaysian Medical Council (MMC)</i> (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi:	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN SWASTA
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (jika berkaitan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
9.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Diberi Kuasa 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab (OYB) (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan tertera di APC OYB</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan atau nama dan alamat Pertubuhan Perbadanan tertera di APC bagi sekurang-kurangnya seorang pengamal perubatan dalam senarai Ahli Lembaga Pengarah</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/ rujukan (jika berkaitan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
10.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar Locum perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>) 	
11.	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan) 	
12.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan (diperakui sah)) iaitu <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 yang terkini (≥ 1 RMP dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah):	
13.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba (diperakui sah)	
14.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
15.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (jika berkaitan) (diperakui sah)	
16.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (jika berkaitan) (diperakui sah) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
17.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
18.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>)(diperakui sah)	
19.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
20.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
21.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
22.	Penyata kewangan (bagi rumah jagaan kejururawatan swasta tersebut)	
23.	Senarai MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
24.	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

Disemak oleh : _____

Tarikh : _____

*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				