

## SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN SWASTA (TUAN PUNYA TUNGGAL)

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

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

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

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Salinan Borang 2 / Borang 10 <b>yang sah laku</b> (diperakui sah)	
2.	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop pemohon)	
3.	<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> seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RM900 + RM5 per katil/seumpama dengannya</li> </ul> <p><b>(wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u>)</b></p>	<p><b>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salinan Kiriman Wang (<i>Customer Copy</i> asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad)</li> <li>▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada <i>Customer Copy</i> 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>
4.	Slip Penghantaran Permohonan Berkaitan Pelesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk <b>Lampiran</b> )	
5.	Salinan kad pengenalan ( <b>diperakui sah</b> ) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab (jika berlainan daripada pemohon)</li> </ul>	
6.	<u>Akuan Berkanun asal</u> yang terkini, ditandatangani Hakim Mahkamah Sesyen, Majistret, Pesuruhjaya Sumpah atau Notari Awam (tertera penyataan " <i>tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan</i> ") bagi –	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>	
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 -	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated/rujukan</i> (jika berkaitan)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	

8.	Salinan sijil pendaftaran profesional [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] ( <b>diperakui sah</b> ) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemohon (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan tertera di APC pemohon</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (jika berkaitan)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	
9.	Surat persetujuan/pengelesen individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan)</li> </ul>	
10.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daftar Lokum perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
11.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba ( <b>diperakui sah</b> )	
12.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) ( <b>diperakui sah</b> )	
13.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (jika berkaitan) ( <b>diperakui sah</b> )	
14.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (jika berkaitan) ( <b>diperakui sah</b> ) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
15.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal ( <b>diperakui sah</b> )	
16.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans ( <i>jika outsource</i> )( <b>diperakui sah</b> )	
17.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (jika <i>outsource</i> ) ( <b>diperakui sah</b> )	
18.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak ( <b>diperakui sah</b> )	
19.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (jika <i>outsource</i> ) ( <b>diperakui sah</b> )	
20.	Penyata kewangan (bagi rumah jagaan kejururawatan swasta tersebut)	
21.	Senarai MCO ( <i>jika berkaitan</i> )	
22.	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.

<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					