

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL 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 pemrosesan 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> <p>[RM1500 + RM5 per katil/ kerusi sandar/ kerusi dialisis/ katil dialisis/ kerusi PD/ katil PD/ kerusi pergigian/ kot/ kot fototerapi (kecuali basinet)/ mesin dialisis mudah alih/ katil kot seumpamanya berdasarkan lesen terkini]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wang tunai atau cek persendirian tidak diterima <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" - Tulisan 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.	Surat kuasa asal (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh pertubuhan perbadanan)	
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 <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
8.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC) (jika berkaitan)] (diperakui sah) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	

SENARAI SEMAK BORANG 3 HOSPITAL SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)

BIL	PERKARA	ULASAN
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
9.	Suratakuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi -	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Diberi Kuasa 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
10.	Surat persetujuan/pengehasan individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist, affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>) 	
11.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan (<i>not for profit</i>) (<i>jika berkaitan</i>)	
12.	<u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan perbadanan (diperakui sah) iaitu <i>Corporate Information, Akta Syarikat 2016</i> yang terkini (≥1 RMP dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
13.	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 Lokum perlu disedia dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>) 	
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 (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
17.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
18.	Salinan Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (diperakui sah)	
19.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
20.	Salinan Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
21.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
22.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
23.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
24.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
25.	Salinan Perkiraan/Perjanjian Perkhidmatan Makmal (sekiranya <i>outsource</i>) (diperakui sah)	
27.	Penyata kewangan (bagi hospital tersebut)	
28.	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
29.	Dokumen-dokumen sokongan lain yang berkaitan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang dipohon atau disediakan</i>)	

Disemak oleh : _____
Tindakan : Diterima / Dipulangkan kepada: _____
Tarikh : _____

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

SLIP PENGHANTARAN PERMOHONAN BERKAITAN PELESENAN KPJKS							
A. JENIS PREMIS <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. MAKLUMAT PEMOHON	NAMA PREMIS						
	ALAMAT LOKASI PREMIS						
	ALAMAT SURAT MENYURAT <small>(jika berlainan dengan alamat premis)</small>						
	NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN <small>(dimana berkaitan)</small>						
	NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS						
	E-MEL PEMOHON / PREMIS						
C. JENIS PERMOHONAN <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		
D. BUTIRAN BAYARAN FI <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		
E. TANDATANGAN & COP PEMOHON / WAKIL					TARIKH		
F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA <small>(sila tandakan / di kotak yang berkaitan)</small>	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						