

SENARAI SEMAK BORANG 1 HOSPITAL SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN) – BAHAGIAN 1

Nama dan Alamat Premis : _____

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil : _____

Mailing Address : _____

BIL	PERKARA	ULASAN
1.	Salinan Surat dan Pelan bagi Kelulusan Kebenaran Merancang dari Pihak Berkuasa Tempatan (PBT) (yang sah laku)	
2.	Borang 1 diisi lengkap (termasuk alamat hospital yang lengkap, 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 mengikut bilangan katil atau seumpamanya</p> <p>(< 25 = RM2000; 25 - 49 = RM2500; 50 - 99 = RM3000; 100 - 199 = RM3500; > 199 = RM4000)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u> <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, perlu ditandatangani ≥51% Ahli Lembaga Pengarah)	
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi –	
	(a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	(b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
6.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk <i>Certificate Of Specialist Registration (Form 13)</i>] (diperakui sah) bagi –	
	(a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	(b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
7.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi –	
	(a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	(b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
8.	Akuan Berkanun asal (tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan) bagi –	
	(a) Orang Yang Diberi Kuasa	
	(b) Setiap Ahli Lembaga Pengarah	

BIL	PERKARA	ULASAN
9.	Salinan dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan iaitu <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 (≥1 RMP dalam senarai Ahli Lembaga Pengarah) yang terkini (diperakui sah)	
10.	Cadangan yang lengkap dan komprehensif mengenai pengambilan tenaga kerja, selaras dengan jenis perkhidmatan (berdasarkan <i>National Specialist Register</i>) dan kemudahan yang ingin disediakan, termasuk pengamal perubatan pakar, jururawat terlatih (JT), pembantu perubatan (MA), JT/MA dengan kelayakan pos basik, <i>allied health professionals</i> dan sebagainya	
11.	Pelan tapak (<i>site plan</i>) berserta lokasi <i>Global Positioning System</i> (GPS)	
12.	Pelan Bangunan mengikut kehendak dalam “ UBBL 1984, By-Law 9 (Skala Pelan) & 10 (Pelan-pelan Yang Dikehendaki) ”	
	(a) 2 set berserta <i>legend</i> yang lengkap dengan skala 1:200	
	(b) Semua pelan perlu ditandatangani dan disahkan oleh semua <i>Principal Submitting Persons</i> (PSP) dan <i>Submitting Persons</i> (SP)	
	(c) Lukisan Perincian (<i>Detailed Drawings</i>) bagi Tangga, Koridor, Tanjakan, Bukaan Pintu, Lif dan Ketinggian Siling: skala 1:50 (2 set berserta <i>legend</i> yang lengkap)	
13.	Menyatakan jenis bangunan yang akan didirikan bagi penubuhan hospital swasta. Bangunan yang dicadangkan sebaik-baiknya bangunan baru “purpose-built” . Perlu memastikan ditunjukkan pada pelan lantai 5 dedicated entrances seperti berikut:	
	(a) Main entrance untuk pesakit / pelawat / orang awam (walk-in)	
	(b) Entrance yang mencukupi bagi pesakit with disabilities (wheelchairs / stretchers)	
	(c) Kecemasan [<i>critical</i> (ambulans) dan <i>non-critical area</i>]	
	(d) Body hold (mortuary)	
	(e) Service entrance untuk <i>kitchen, storage, domestic waste</i> dan <i>clinical waste</i>	
	Nota: (a) Bangunan pejabat / sedia ada atau lot kedai tidak sesuai untuk diubahsuai bagi menubuhkan hospital swasta kerana bangunan-bangunan tersebut tidak dapat mematuhi sepenuhnya peruntukan yang ditetapkan di bawah Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Hospital Swasta dan Kemudahan Jagaan Kesihatan Swasta Lain) 2006 [P.U. (A) 138/2006]. (b) Bagi cadangan hospital swasta yang melebihi 12 aras klinikal atau 48 meter dari aras bawah , perlu disertakan dengan hospital disaster management plan dan pengesahan kestabilan bangunan yang munasabah, praktikal dan komprehensif . Kegagalan pemohon mengemukakan hospital disaster management plan dan pengesahan kestabilan bangunan yang munasabah, praktikal dan komprehensif boleh menyebabkan permohonan tidak akan diproses selanjutnya. (c) Sekiranya bangunan hospital swasta yang dicadangkan adalah bangunan multipurpose dengan non-clinical facilities (seperti hotel / residency dan sebagainya), pemohon perlu memastikan kemudahan yang disediakan bagi hospital swasta seperti lif, tangga, 5 dedicated entrances dan sebagainya adalah berasingan dan tidak digunakama dengan non-clinical facilities tersebut.	
14.	Penyata kewangan (anggaran kos penubuhan bagi hospital swasta tersebut)	
	Nota: (a) Penubuhan hospital swasta tidak terbuka untuk penjawat awam. (b) Pengamal Perubatan Berdaftar yang disenaraikan sebagai ahli lembaga pengarah dan Orang Yang Bertanggungjawab (OYB) kelak perlu merupakan pemegang kad pengenalan Malaysia .	

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 (dimana berkaitan)				
	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 (*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 <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				