

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA WITH SERVICES ONLY  
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

**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 rasmi pertubuhan perbadanan)	
3.	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (money order) atau draf bank (bank draft) dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia seperti berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perkhidmatan Hospis: RM10/ perkhidmatan</li> <li>▪ (wang tunai atau cek persendirian tidak diterima)</li> </ul>	<b>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</b> <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>
		<b>Jika draf bank:</b> <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.	<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	
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	
8.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] ( <b>diperakui sah</b> ) bagi:	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA WITH SERVICES ONLY  
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

BIL.	PERKARA	ULASAN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat</li> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
9.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] ( <b>diperakui sah</b> ) bagi:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Diberi Kuasa</li> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan tertera di APC OYB</i>)</li> <li>▪ 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 <b>seorang</b> pengamal perubatan dalam senarai Ahli Lembaga Pengarah</i>)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Setiap pengamal perubatan tetap/ pelawat</li> <li>▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>jika berkaitan</i>)</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> <li>▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)</li> <li>▪ Daftar <i>Locum</i> perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)</li> <li>▪ Tenaga kerja kaunseling</li> <li>▪ Daftar <i>Volunteer</i> perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
11.	Surat persetujuan/pengehsahan individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orang Yang Bertanggungjawab</li> <li>▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (<i>jika berkaitan</i>)</li> </ul>	
12.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan ( <i>not for profit</i> ) ( <i>jika berkaitan</i> )	
13.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan ( <b>diperakui sah</b> ) iaitu <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 yang terkini ( <b>≥1 RMP</b> dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah):	
14.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> ( <i>jika berkaitan</i> ) ( <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.	Senarai MCO ( <i>jika berkaitan</i> )	
17.	<i>Written Policies and Standard Operating Procedure (SOP):</i>	
	<i>Infection Control</i>	
	<i>Policy Statement</i>	
	<i>Orders for Medication &amp; Documentation</i>	

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA WITH SERVICES ONLY  
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

BIL.	PERKARA	ULASAN
	<i>Emergency Management</i>	
	<i>Types of Services (berdasarkan permohonan):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Bereavement Services</i></li> <li>▪ <i>Respite Care Services</i></li> <li>▪ <i>Homemaker Services</i></li> <li>▪ <i>Hospice Home Care Services</i></li> <li>▪ <i>Volunteer Services</i></li> </ul>	
18.	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						
<b>A. JENIS PREMIS</b>  (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>B. MAKLUMAT PEMOHON</b>	<b>NAMA PREMIS</b>					
	<b>ALAMAT LOKASI PREMIS</b>					
	<b>ALAMAT SURAT MENYURAT</b> (jika berlainan dengan alamat premis)					
	<b>NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN</b> (dimana berkaitan)					
	<b>NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS</b>					
	<b>E-MEL PEMOHON / PREMIS</b>					
<b>C. JENIS PERMOHONAN</b>  (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	
<b>D. BUTIRAN BAYARAN FI</b>  (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		
<b>E. TANDATANGAN &amp; COP PEMOHON / WAKIL</b>				<b>TARIKH</b>		
<b>F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA</b>  (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	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					