

SENARAI SEMAK BORANG 1 PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (PHS) BAGI (PERTUBUHAN PERBADANAN)

Nama dan Alamat Premis : _____
 Nama & No. Tel : _____
 Pemohon/Wakil : _____
 Mailing Address : _____

BIL.	PERKARA	ULASAN		
1.	Surat bertulis yang menyatakan maklumat lengkap berkaitan bangunan yang perlu mematuhi sepenuhnya Akta 586 dan Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Hospital Swasta dan Kemudahan Jagaan Kesihatan Swasta Lain) 2006 seperti berikut: (a) Jenis bangunan yang akan digunakan bagi penubuhan PHS (b) Sekiranya lokasi selain daripada tingkat bawah perlu memastikan keperluan berikut dipatuhi: (i) Tangga: <ul style="list-style-type: none"> • Bukaannya pintu tangga (≥ 1.2m) • Bukaannya lebar tangga (≥ 1.1m) • Susur tangan di kedua-dua belah tangga • Lebar landing (≥ 1.8m) (ii) Lif <ul style="list-style-type: none"> • Bukaannya pintu lif (≥ 1.2m) • Saiz lega ≥ 1.5m X 2.1m • Kapasiti ≥ 1500kg 			
2.	Borang 1 diisi lengkap (termasuk alamat premis yang lengkap, tarikh, tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa dan cop rasmi pertubuhan perbadanan)			
3.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%; vertical-align: top;"> 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 bernilai RM1000.00 (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u>) </td> <td style="width: 65%; vertical-align: top;"> Jika kiriman wang, sila kemukakan: <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" - Tuliskan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan. Jika draf bank: <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 </td> </tr> </table>	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 bernilai RM1000.00 (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u>)	Jika kiriman wang, sila kemukakan: <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" - Tuliskan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan. Jika draf bank: <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 	
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 bernilai RM1000.00 (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u>)	Jika kiriman wang, sila kemukakan: <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" - Tuliskan hendaklah jelas dan diletakkan di bahagian atas salinan. Jika draf bank: <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 (ujuk Lampiran)			
5.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi Orang Yang Diberi Kuasa (a) Salinan kad pengenalan			

BIL.	PERKARA	ULASAN
	(b) Surat akuan berkanun asal terkini (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrupt yang belum dilepaskan)	
	(c) Surat kuasa asal (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% daripada semua Ahli Lembaga Pengarah)	
	(d) Salinan sijil kelayakan profesional (Asas dan Kepakaran) *	
	(e) Salinan sijil pendaftaran profesional (pendaftaran penuh dan perakuan amalan tahunan semasa) *	
6.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	(a) Surat akuan berkanun asal terkini (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrupt yang belum dilepaskan)	
	(b) Salinan sijil pendaftaran profesional (pendaftaran penuh dan perakuan amalan tahunan semasa) *	
	(c) Salinan sijil kelayakan profesional (Asas dan Kepakaran) *	
7.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	(a) Salinan kad pengenalan	
	(b) Surat akuan berkanun asal terkini (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrupt</i> yang belum dilepaskan)	
	(c) Salinan sijil pendaftaran profesional (pendaftaran penuh dan perakuan amalan tahunan semasa)	
	(d) Salinan sijil kelayakan profesional (Asas dan Kepakaran*)	
	(e) Salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13)</i> *	
	(f) Salinan sijil latihan 200 jam dalam rawatan hemodialisis daripada MSN atau surat kebenaran menjalani <i>clinical attachment</i> untuk mendapatkan sijil latihan 200 jam dalam rawatan hemodialisis <i>at accredited government haemodialysis training centre</i> daripada <i>Malaysian Society of Nephrology (MSN)</i> (sekiranya OYB bukan pakar nefrologi)	
	(g) Surat setuju lantikan sebagai OYB (yang terkini)	
	(h) Surat kebenaran Ketua Jabatan *	
8.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	(a) Salinan sijil pendaftaran profesional (pendaftaran penuh dan perakuan amalan tahunan semasa)	
	(b) Salinan sijil kelayakan profesional Asas	
	(c) Salinan sijil kelayakan profesional Kepakaran	
	(d) Salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13)</i> (subkepakaran Nefrologi)	
	(e) Surat persetujuan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i> (yang terkini)	
9.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi setiap staf kejururawatan [Jururawat Terlatih (JT)/Penolong Pegawai Perubatan (PPP) dengan sijil pos basik renal (PBR) dimana nisbah JT/PPP dengan PBR kepada pesakit adalah 1:6 bagi setiap syif rawatan pesakit]	
	(a) Salinan sijil pendaftaran profesional (pendaftaran penuh dan perakuan pengamalan tahunan semasa)	
	(b) Salinan sijil diploma kejururawatan /pembantu perubatan	
	(c) Salinan sijil Pos Basik Renal	

BIL.	PERKARA	ULASAN
10.	Dokumen sokongan yang diperakui sah bagi setiap Pembantu Dialisis* Salinan kad pengenalan	
11.	Dokumen konstituen yang diperakui sah bagi pertubuhan perbadanan: <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 yang terkini (≥ 1 RMP dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
12.	Pelan tapak (<i>site plan</i>) Menjelaskan dengan terperinci fungsi atau ciri-ciri am kemudahan atau perkhidmatan lain yang bersebelahan serta berhubung dengan bangunan premis.	
13.	(a) Peta lokasi bagi tapak yang dicadangkan berserta lokasi <i>Global Positioning System</i> (GPS) (b) Gambar pandangan hadapan keseluruhan bangunan premis termasuk jalan raya di hadapan bangunan tersebut	
14.	Pelan lantai Arkitek (<i>fully loaded</i>) skala 1:100 beserta <i>legend</i>	
15.	Pelan lantai <i>RO loop piping</i> skala 1:100 beserta <i>legend</i>	
16.	Pelan lantai <i>waste flow drainage</i> skala 1:100 beserta <i>legend</i>	
17.	Penyata kewangan (anggaran kos penubuhan bagi PHS tersebut)	
Nota: (1) Penubuhan PHS tidak terbuka untuk penjawat awam. (2) Orang Yang Diberi Kuasa, Pengamal Perubatan Berdaftar yang disenaraikan sebagai ahli lembaga pengarah dan OYB hendaklah merupakan warganegara Malaysia.		

***Jika Berkaitan**

Tarikh : _____
Disemak oleh : _____
Cadangan/Tindakan : _____

*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				