

SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA (PERKONGSIAN)

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 perkongsian)	
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 seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesakit Dalam: RM600 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Jagaan Ambulatori: RM300 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Kediaman Hospis: RM50 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Perkhidmatan Hospis: RM10/ perkhidmatan <p>▪ (wang tunai atau cek persendirian tidak diterima)</p>	<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" ▪ Tulis 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 perkongsian yang ditandatangani ≥ 51% Ahli Perkongsian)	
6.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi –	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Perkongsian	
7.	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13), Malaysian Medical Council (MMC)</i>] jika berkaitan] (diperakui sah) bagi–	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Perkongsian	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated/rujukan</i> (jika berkaitan)	
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	

SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA (PERKONGSIAN)

BIL.	PERKARA	ULASAN
8.	Salinan <u>sijil pendaftaran profesional</u> [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi–	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan tertera di APC OYB</i>)	
	▪ Setiap Ahli Perkongsian (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis atau nama dan alamat Perkongsian yang dilesenkan tertera di APC bagi sekurang-kurangnya seorang pengamal perubatan dalam senarai Ahli Perkongsian</i>)	
	▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan (jika berkaitan)	
	▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
9.	<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	
	▪ Setiap Ahli Perkongsian	
10.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar <i>Locum</i> perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
	▪ Tenaga kerja kaunseling	
▪ Daftar <i>Volunteer</i> perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)		
11.	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan)	
12.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan (<i>not for profit</i>)	
13.	Salinan <i>Business Information</i> / maklumat perniagaan daripada Suruhanjaya Syarikat Malaysia (SSM) bagi tahun semasa/ terkini yang diperakui sah (<i>perlu memastikan terdapat sekurang-kurangnya seorang pengamal perubatan dalam senarai Ahli Perkongsian</i>).	
14.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba (diperakui sah)	
15.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	

SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) HOSPIS SWASTA (PERKONGSIAN)

BIL.	PERKARA	ULASAN
16.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (jika berkaitan) (diperakui sah)	
17.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (jika berkaitan) (diperakui sah) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
18.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
19.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>)(diperakui sah)	
20.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (jika <i>outsource</i>) (diperakui sah)	
21.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
22.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
23.	Penyata kewangan (bagi hospis swasta tersebut)	
24.	Senarai MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
25.	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 (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. MAKLUMAT PEMOHON	NAMA PREMIS				
	ALAMAT LOKASI PREMIS				
	ALAMAT SURAT MENYURAT (jika berlainan dengan alamat premis)				
	NO. PERAKUAN KELULUSAN ATAU LESEN (dimana berkaitan)				
	NO. TELEFON PEMOHON / PREMIS				
	E-MEL PEMOHON / PREMIS				
C. JENIS PERMOHONAN (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
D. BUTIRAN BAYARAN FI (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	
E. TANDATANGAN & COP PEMOHON / WAKIL				TARIKH	
F. UNTUK KEGUNAAN CKAPS SAHAJA (sila tandakan / di kotak yang berkaitan)	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				