

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) PUSAT KESIHATAN MENTAL MASYARAKAT SWASTA
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

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 bernilai RM700.00.</p> <p>▪ wang tunai atau cek persendirian <u>tidak diterima</u></p> <p>Jika kiriman wang, sila kemukakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Kiriman Wang (Customer Copy asal – yang diterima di kaunter POS Malaysia Berhad) ▪ 1 salinan tambahan (fotostat) daripada Customer Copy 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.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi pemohon:	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab (jika berlainan daripada pemohon)	
6.	Surat akuan bersumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi:	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
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:	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ 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>)	

8.	Salinan sijil pendaftaran profesional [pendaftaran penuh & perakuan amalan tahunan semasa (APC)] (diperakui sah) bagi:	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ 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.	Surat persetujuan/pengelesen individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan)	
10.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>)	
	▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan)	
	▪ Daftar Lokum perlu disediakan dan disenggarakan di premis yang berkenaan (<i>jika berkaitan</i>)	
11.	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Jabatan Bomba (diperakui sah)	
12.	Salinan Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) (diperakui sah)	
13.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (jika berkaitan) (diperakui sah)	
14.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (jika berkaitan) (diperakui sah) atau sila nyatakan jika menggunakan <i>single use disposable items</i>	
15.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (diperakui sah)	
16.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans (<i>jika outsource</i>)(diperakui sah)	
17.	Salinan Sijil Pengendalian Makanan atau Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Diet (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
18.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Pencegahan Haiwan Perosak (diperakui sah)	
19.	Salinan Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (<i>jika outsource</i>) (diperakui sah)	
20.	Penyata kewangan (bagi pusat kesihatan mental masyarakat swasta tersebut)	
21.	Senarai MCO (<i>jika berkaitan</i>)	
22.	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					