

SENARAI SEMAK BORANG 3 (LESEN BARU) RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN PSIKIATRI 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 pemohon)	
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 RM1000</p> <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 (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 Perlesenan KPJKS yang lengkap diisi (rujuk Lampiran)	
5.	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi pemohon:	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab (jika berlainan daripada pemohon)	
6.	<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 –	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
7.	Salinan sijil kelayakan profesional [sijil asas dan sijil kepakaran termasuk salinan <i>Certificate of Specialist Registration (Form 13), Malaysian Medical Council (MMC)</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:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemohon (<i>perlu memastikan nama dan alamat premis yang hendak dilesenkan tertera di APC pemohon</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap Ketua Jabatan/Perkhidmatan (<i>mengikut Jabatan/Perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap pengamal perubatan tetap / pelawat (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (<i>jika berkaitan</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setiap kakitangan profesional jagaan kesihatan (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
9.	Surat persetujuan/engesahan individu berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang Yang Bertanggungjawab 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (<i>jika berkaitan</i>) 	
10.	Butir-butir bagi setiap kakitangan:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional (<i>mengikut kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan</i>) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separa profesional (sertakan salinan kad pengenalan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (<i>jika berkaitan</i>) (diperakui sah)	
14.	Salinan Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (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 rumah jagaan kejururawatan psikaitri 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>)	

Tarikh Terima : _____

Pegawai Proses : _____