

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN)
PUSAT HEMODIALISIS SWASTA (PERTUBUHAN)**

Nama Premis : _____
 Alamat : _____
 No. Tel (Pemohon) : _____
 No. Fail : _____

i.	Borang 3 lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop orang yang diberi kuasa)	
ii.	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) dibayar atas nama Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia bagi Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur (dimana Pusat Hemodialisis swasta beroperasi) seperti berikut:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RM700 + RM5 per kerusi dialisis (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fi denda lewat dikenakan bagi permohonan yang diterima oleh UKAPS < 6 bulan dari tarikh luput lesen 	
iii.	Dokumen sokongan bagi Pemohon/Orang Yang Diberi Kuasa	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat kuasa asal (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% daripada semua Ahli Jawatankuasa Tertinggi Pertubuhan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat akuan sumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan) 	
iv.	Dokumen sokongan bagi setiap Ahli Jawatankuasa Tertinggi Pertubuhan	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat akuan sumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan) 	
v.	Dokumen sokongan bagi Orang Yang Bertanggungjawab (OYB)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat akuan sumpah asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan <i>fraud</i> atau ketidakjujuran atau <i>bankrup</i> yang belum dilepaskan) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Sijil tamat 200 jam latihan hemodialisis yang diperakui sah 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Surat setuju lantikan sebagai OYB yang diperakui sah 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Surat Kebenaran Ketua Jabatan (sekiranya OYB adalah pakar nefrologi hospital kerajaan/ hospital universiti/ hospital angkatan tentera/ pakar nefrologi tetap hospital swasta) yang diperakui sah 	
vi.	Dokumen sokongan bagi <i>Affiliated Nephrologist</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat setuju lantikan sebagai <i>Affiliated Nephrologist</i> yang diperakui sah 	
vii.	Dokumen sokongan bagi setiap staf (Jururawat Terlatih/Pembantu Perubatan)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salinan Sijil pos basik renal yang diperakui sah 	
viii.	Dokumen mengesahkan status organisasi yang tidak mencari keuntungan (<i>not for profit</i>) yang diperakui sah*	
ix.	Dokumen konstituen bagi pertubuhan yang diperakui sah	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Borang 3, Akta Pertubuhan 1966 ▪ Senarai jawatan ahli Pertubuhan ▪ Undang-undang kecil Pertubuhan 	
x.	Salinan dokumen sokongan terkini yang diperakui sah:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba ▪ Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) ▪ Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal ▪ Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan ▪ Penyata kewangan (bagi pusat hemodialisis tersebut) 	

	▪ Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO *	
xi.	Dokumen-dokumen sokongan lain adalah seperti di Lampiran A, B & C	

*Jikaberkaitan

Tarikh : _____
Pegawai Penerima : _____
Cadangan/Tindakan : _____

Lampiran A

**DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN
KPJKS**

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	NOMBOR NSR
ORANG YANG DIBERI KUASA						
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)						
AFFILIATED NEPHROLOGIST						

Saya, dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :

Lampiran B

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	NOMBOR NSR
AHLI LEMBAGA PENGARAH/PERTUBUHAN/PERKONGSIAN						

Saya, dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang diberikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :

Lampiran C

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

BIL	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI
JURURAWAT TERLATIH/PEMBANTU PERUBATAN DENGAN KELAYAKAN POS BASIK RENAL					
JURURAWAT TERLATIH /PEMBANTU PERUBATAN TANPA POS BASIK RENAL					
PEMBANTU DIALISIS					

Saya, dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang diberikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh :

.....
(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

.....
(Tandatangan OYB)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Nama & No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :