

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) BAGI HOSPIS SWASTA
(PERKONGSIAN)**

Nama Premis : _____
Alamat : _____
No. Tel : _____
No. Fail : _____

(i)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop)	
(ii)	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang (<i>money order</i>) atau draf bank (<i>bank draft</i>) (wang tunai atau cek persendirian tidak diterima) dibayar atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia seperti berikut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesakit Dalam: RM600 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Jagaan Ambulatori: RM300 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Kediaman: RM50 + RM5 per katil/seumpama dengannya ▪ Perkhidmatan hospis: RM10/ servis (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iii)	<u>Surat kuasa</u> bagi orang yang diberi kuasa oleh perkongsian (ditandatangani oleh semua atau sekurang-kurangnya 51% ahli perkongsian)	
(iv)	Salinan kad pengenalan yang diperakui sah bagi – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang diberi kuasa ▪ Orang yang bertanggungjawab 	
(v)	<u>Surat akuan bersumpah asal</u> (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi – <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang diberi kuasa ▪ Orang yang bertanggungjawab ▪ Setiap ahli perkongsian 	
(vi)	Salinan <u>sijil kelayakan profesional</u> hanya bagi individu dan/atau perkhidmatan yang baru [sijil asas, pendaftaran penuh, perakuan amalan tahunan semasa (APC) dan sijil kepakaran termasuk Sijil <i>National Specialist Register (NSR)</i> (jika berkaitan)] (disenaraikan mengikut Lampiran A & Lampiran B) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang diberi kuasa ▪ Orang yang bertanggungjawab ▪ Setiap ahli perkongsian ▪ Setiap pakar termasuk pakar <i>affiliated</i>/rujukan (jika berkaitan) 	
(vii)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
(viii)	Butir-butir bagi profesional/paraprofesional lain dan anggota kejururawatan (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(ix)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang bertanggungjawab ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) (jika berkaitan) 	
(x)	<u>Dokumen konstituen</u> bagi perkongsian (diperakui sah) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surat pengesahan perkongsian yang ditandatangani oleh semua pekongsi (SSM tidak mendaftarkan perkongsian) ▪ Perjanjian perkongsian (jika ada) 	
(xi)	Salinan Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba yang diperakui sah	
(xii)	Salinan Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) yang diperakui sah	

(xiii)	Salinan Perjanjian Pembuangan Sisa Klinikal yang diperakui sah	
(xiv)	Salinan Perjanjian Perkhidmatan Ambulan yang diperakui sah	
(xv)	Sijil Pengendalian Makanan (jika berkaitan)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (jika outsource) (jika berkaitan)	
(xvii)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak	
(xviii)	Penyata kewangan (bagi hospis swasta tersebut) yang diperakui sah	
(xix)	Dokumen kontrak/perkiraan dengan MCO (<i>jika berkaitan</i>) yang diperakui sah	

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

Lampiran A

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN LAIN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

NO.	NAMA	NOMBOR KAD PENGENALAN	KELAYAKAN PROFESIONAL (IJAZAH ASAS & KEPAKARAN TERMASUK NSR)	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	* NOMBOR NSR
ORANG YANG DIBERI KUASA						
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)						
AHLI LEMBAGA PENGARAH/PERTUBUHAN/PERTUBUHAN PERBADANAN/PERKONGSIAN						

*Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti

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 :

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC TERKINI	*NO. NSR	SURAT KEBENARAN HOD
		PENGAMAL PERUBATAN TETAP (BARU)						
								TB
								TB
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (SEDIA ADA)						
		PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT (BARU)						

*Sekiranya tiada NSR, RMP perlu mengemukakan surat pewartaan dari KKM/Hospital Universiti

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)

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

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

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS/CKAPS :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :

Lampiran C

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN PROFESIONAL LAIN DAN ANGGOTA KEJURURAWATAN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/JURUPULIH ANGGOTA/JURU X-RAY/DIETETIK/PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) SEDIA ADA						
PROFESIONAL JAGAAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/JURUPULIH ANGGOTA/JURU X-RAY/DIETETIK/PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) BARU						
JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN SEDIA ADA						
JURURAWAT TERLATIH/PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN BARU						
JURURAWAT ASING SEDIA ADA						
JURURAWAT ASING BARU						
JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT SEDIA ADA						
JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT BARU						

BIL	JENIS PERKHIDMATAN	NAMA	NO. K/P	KELAYAKAN PROFESIONAL	KELAYAKAN POS BASIK	NO. APC/TPC TERKINI
PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI SEDIA ADA						
PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI BARU						

*sila tulis "TB" sekiranya tidak berkaitan

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)

.....
(No. Kad Pengenalan)

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tarikh & Cop)

Disemak oleh UKAPS :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :