

**SENARAI SEMAK BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) HOSPITAL SWASTA  
(PERTUBUHAN PERBADANAN)**

**Nama dan Alamat Premis** :

**Nama & No. Tel Pemohon/Wakil** :

**Mailing Address** :

BIL	PERKARA	ULASAN
(i)	Borang 3 diisi <b>lengkap</b> (termasuk tarikh, tandatangan dan cop rasmi pertubuhan perbadanan)	
(ii)	Salinan Borang 4 / Borang 7 yang <b>sah laku</b> (diperakui sah)	
(iii)	Fi pemprosesan dalam bentuk kiriman wang ( <i>money order</i> ) atau draf bank ( <i>bank draft</i> ) dibayar atas nama <b>Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia bagi WP Kuala Lumpur/ Putrajaya/ Labuan</b> (di mana KPJKS tersebut dijalankan). [RM1500 + RM5 per katil/ kerusi sandar/ kerusi dialisis/ katil dialisis/ kerusi PD/ katil PD/ kerusi pergigian/ kot/ kot fototerapi ( <b>kecuali basinet</b> )/ mesin dialisis mudah alih/ katil kot seumpamanya berdasarkan lesen terkini] <b>(wang tunai atau cek persendirian tidak diterima)</b>	
(iv)	<u>Surat kuasa asal</u> (bagi Orang Yang Diberi Kuasa oleh ≥51% Ahli Lembaga Pengarah)	
(v)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah (bagi individu yang baru)	
(vi)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrap yang belum dilepaskan) bagi -	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
(vii)	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)] (diperakui sah) <b>(disenaraikan mengikut Lampiran A &amp; B, dimana berkenaan)</b>	
	▪ Orang Yang Diberi Kuasa (sekiranya RMP)	
	▪ Setiap Ahli Lembaga Pengarah (sekiranya RMP)	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Setiap pakar ( <i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i> ) termasuk pakar <i>affiliated</i> /rujukan	
(viii)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada** dan baru <b>(disenaraikan mengikut Lampiran B)</b>	
(ix)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan sedia ada** dan baru <b>(disenaraikan mengikut Lampiran C)</b>	
(x)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang Yang Bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk ( <i>affiliated</i> ) seperti <i>affiliated nephrologist</i> , <i>affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya ( <i>jika berkaitan</i> )	

BIL	PERKARA	ULASAN
(xi)	Dokumen konstituen bagi pertubuhan perbadanan (Borang 8 / 9 atau 13, Borang 24, Borang 44, Borang 49 dan M&AA, Akta Syarikat 1965) (diperakui sah). Sekiranya terdapat perubahan butiran, perlu kemukakan:	
	▪ <i>Corporate Information</i> , Akta Syarikat 2016 yang terkini ( <b>≥1 RMP</b> dalam senarai nama Ahli Lembaga Pengarah)	
(xii)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (yang sah laku)	
(xiii)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xiv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif ( <i>jika berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xv)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> ( <i>jika berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xvi)	Lesen Tenaga Atom ( <i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i> ) (yang sah laku)	
(xvii)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xviii)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah ( <b>outsource/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xix)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulans ( <b>outsource/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xx)	Sijil Pengendalian Makanan ( <i>jika berkaitan</i> )	
(xxi)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi ( <b>outsource/in house</b> ) (yang sah laku)	
(xxii)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xxiii)	Perkiraan/Perjanjian Perkhidmatan Makmal (sekiranya <i>outsource</i> ) (yang sah laku)	
(xxiv)	Laporan <i>e-reporting</i>	
(xxv)	Senarai MCO	
(xxvi)	Penyata kewangan terkini	
(xxvii)	<i>Self-Declaration</i> berkaitan pegangan ekuiti asing bagi <i>Ultimate Holding Company</i> pemegang lesen dengan maklumat dan dokumen seperti berikut: <i>Nota: Penglibatan ekuiti asing bagi hospital swasta adalah tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Penyertaan Ekuiti Asing dalam KPJKS, KKM</i>	
	▪ Butiran negara asal & peratus pegangan ekuiti asing	
	▪ <i>Management control agreement</i> (sekiranya berkaitan)	

Disemak oleh : \_\_\_\_\_  
 Tindakan : Diterima / Dipulangkan kepada: \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_

**\*Setiap senarai dan dokumen sokongan yang dikemukakan perlu diperakui sah kecuali surat kuasa & surat akuan sumpah perlu dikemukakan salinan asal.**

**\*\*Bagi setiap pengamal perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan termasuk anggota kejururawatan sedia ada, tidak perlu mengemukakan dokumen sokongan bagi setiap individu tersebut. Memadai dengan mengemukakan butiran lengkap seperti di Lampiran A, B dan C.**

Lampiran A

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

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

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 CKAPS JKN/JKWP:

Nama :  
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada  
Tarikh :

Lampiran B

DOKUMEN-DOKUMEN SOKONGAN PENGAMAL PERUBATAN BAGI PROSES PEMBAHARUAN LESEN KPJKS

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

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 CKAPS – JKN/ JKWP:

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 JAGAN KESIHATAN LAIN (AHLI FARMASI/ JURUPULIH ANGGOTA/ JURU X-RAY/ DIETETIK/ PEGAWAI TEKNOLOGI MAKMAL DLL) SEDIA ADA						
PROFESIONAL JAGAN 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						

<b>JURURAWAT ASING SEDIA ADA</b>						
<b>JURURAWAT ASING BARU</b>						
<b>JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT SEDIA ADA</b>						
<b>JURURAWAT MASYARAKAT/PENOLONG JURURAWAT BARU</b>						
<b>PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI SEDIA ADA</b>						
<b>PARAPROFESIONAL/PEMBANTU JAGAAN PERIBADI BARU</b>						

\*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 CKAPS-JKN/JKWP :

Nama :  
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada  
Tarikh :