

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) HOSPITAL SWASTA
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

Bil.	Butiran	Semak
(i)	Borang 3 diisi lengkap (termasuk tarikh, tandatangan dan cop pemohon)	
(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 WP Kuala Lumpur/ Putrajaya/ Labuan (di mana KPJKS tersebut dijalankan). [RM1500 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kerusi pergigian/kot (kecuali basinet) / katil dialisis/ mesin dialisis mudah alih/ seumpamanya berdasarkan lesen terkini] (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima)	
(iii)	Salinan kad pengenalan (diperakui sah)	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(iv)	<u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi-	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
(v)	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 dan B, dimana berkaitan)	
	▪ Pemohon	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Setiap pakar (<i>mengikut jenis disiplin/perkhidmatan yang disediakan</i>) termasuk pakar <i>affiliated/rujukan</i>	
(vi)	Butir-butir bagi pengamal perubatan sedia ada** dan baru (disenaraikan mengikut Lampiran B)	
(vii)	Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan sedia ada** dan baru (disenaraikan mengikut Lampiran C)	
(viii)	Surat persetujuan/pengesahan individu berikut:	
	▪ Orang yang bertanggungjawab	
	▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) seperti <i>affiliated nephrologist, affiliated anesthesiologist</i> dan sebagainya (<i>jika berkaitan</i>)	
(ix)	Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba	
(x)	Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya	
(xi)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku)	

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) HOSPITAL SWASTA
(TUAN PUNYA TUNGGAL)**

Bil.	Butiran	Semak
(xii)	Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave (jika berkaitan)</i> (yang sah laku)	
(xiii)	Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (yang sah laku)	
(xiv)	Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku)	
(xv)	Perjanjian Bekalan/Perkhidmatan Darah (outsource/in house) (yang sah laku)	
(xvi)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (outsource/in house) (yang sah laku)	
(xvii)	Sijil Pengendalian Makanan (<i>jika berkaitan</i>)	
(xviii)	Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (outsource/in house) (yang sah laku)	
(xix)	Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku)	
(xx)	Laporan <i>e-reporting</i>	
(xxi)	Senarai MCO	
(xxii)	Penyata kewangan terkini	

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 ASA DAN KEPAKARAN TERMASUK NSR)	NOMBOR PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NOMBOR APC TERKINI	* NOMBOR NSR
ORANG YANG DIBERI KUASA						
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB (OYB)						
AHLI LEMBAGA PENGARAH PERTUBUHAN PERBADANAN/ PERTUBUHAN/ 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 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)							

*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)

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

.....
(Tarikh & Cop)

.....
(Tandatangan OYB)

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

.....
(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 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						
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 CKAPS-JKN/JKWP :

Nama :
Tindakan : Diterima/Dipulangkan kepada
Tarikh :