

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) BAGI
RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)**

Nama dan Alamat Premis :

Nama & No. Tel Pemohon/Wakil :

Mailing Address :

| | | |
|--------|--|--|
| (i) | Borang 3 diisi 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 WP Kuala Lumpur (di mana KPJKS tersebut dijalankan). [RM900 + RM5 per katil/kerusi sandar/kerusi dialisis/kerusi pergigian/kot (kecuali basinet) berdasarkan lesen terkini] (wang tunai atau cek persendirian <u>tidak</u> diterima) | |
| (iii) | <u>Surat kuasa asal</u> (bagi orang yang diberi kuasa oleh 51 % ahli lembaga pengarah) | |
| (iv) | Salinan kad pengenalan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang diberi kuasa ▪ 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 & B) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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/rujukan</i> | |
| (vi) | Butir-butir bagi pengamal perubatan (disenaraikan mengikut Lampiran B) | |
| (vii) | Butir-butir bagi profesional lain dan anggota kejururawatan (disenaraikan mengikut Lampiran C) | |
| (viii) | <u>Surat akuan bersumpah</u> asal (tidak disabitkan dengan kesalahan melibatkan fraud atau ketidakjujuran atau bankrup yang belum dilepaskan) bagi- <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang diberi kuasa ▪ Setiap ahli Lembaga Pengarah ▪ Orang yang bertanggungjawab | |
| (ix) | Surat persetujuan/pengesahan individu berikut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang bertanggungjawab ▪ Semua pakar rujuk (<i>affiliated</i>) | |
| (x) | <u>Dokumen konstituen</u> bagi pertubuhan perbadanan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borang 8 atau 9 atau 13, Akta Syarikat 1965 (<i>Perakuan Pemerbadanan Syarikat Sendirian – Perakuan Pendaftaran dengan SSM</i>) ▪ Borang 24, Akta Syarikat 1965 (<i>Penyata Kewangan Syarikat, jika bukan Borang 8</i>) | |

**SENARAI SEMAK DOKUMEN BORANG 3 (PEMBAHARUAN LESEN) BAGI
RUMAH JAGAAN KEJURURAWATAN SWASTA (PERTUBUHAN PERBADANAN)**

| | | |
|---------|---|--|
| | ▪ Borang 44, Akta Syarikat 1965 (<i>Alamat Syarikat</i>) | |
| | ▪ Borang 49, Akta Syarikat 1965 (<i>Nama Ahli Lembaga Pengarah</i>) (memastikan terdapat ≥1 RMP) | |
| | ▪ <i>Memorandum and Articles of Association</i> pertubuhan perbadanan tersebut | |
| (xi) | Perakuan Bomba atau Surat Sokongan Pelesenan dari Bomba (yang sah laku) | |
| (xii) | Perakuan Siap dan Pematuhan Bangunan (CF/CCC) atau setaraf dengannya | |
| (xiii) | Perakuan Layak Menggunakan (CF) Lif (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku) | |
| (xiv) | Perakuan Layak Menggunakan (CF) <i>autoclave</i> (<i>jika berkaitan</i>) (yang sah laku) | |
| (xv) | Lesen Tenaga Atom (<i>bagi kemudahan radiologi dan pengimejan yang berkaitan</i>) (yang sah laku) | |
| (xvi) | Perjanjian/Perkiraan Pembuangan Sisa Klinikal (yang sah laku) | |
| (xvii) | Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Ambulan (outsourced/in house) (yang sah laku) | |
| (xviii) | Sijil Pengendalian Makanan | |
| (xix) | Perjanjian/Perkiraan Perkhidmatan Dobi (outsourced/in house) (yang sah laku) (<i>jika berkaitan</i>) | |
| (xx) | Perkiraan/Perjanjian Pencegahan Haiwan Perosak (yang sah laku) | |
| (xxi) | Senarai MCO | |
| (xxii) | Penyata kewangan terkini (bagi premis tersebut) | |

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

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 :