



**BAHAGIAN III****Butiran Kejadian Kecemasan** (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

17. Tarikh/ Masa Kejadian Kecemasan \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
18. Tempat/ Alamat Semasa Berlaku Kecemasan \_\_\_\_\_
19. Jarak Dengan Hospital/ Klinik Kerajaan Terhampir  
    km
20. Jarak Dengan Hospital/ Klinik Swasta  
    km
21. Kronologi Kes (*urutan peristiwa berlaku kecemasan sehingga pesakit keluar daripada hospital/ klinik swasta*)

Tarikh/ Masa	Tempat	Peristiwa

22. Justifikasi Permohonan
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

23. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- Laporan Klinikal Hospital/ Klinik Swasta
- Laporan Polis (*kes kemalangan/ jenayah*)
- Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)
- Lain-lain Dokumen (*sekiranya perlu*)

**BAHAGIAN IV**

24. Pengesahan Pegawai/ Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I, Bahagian II** dan **Bahagian III** di atas adalah **benar** belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM \_\_\_\_\_ adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

Tandatangan \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
*(nama penuh)*

Tarikh \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN V**

25. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM \_\_\_\_\_ adalah **\*DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.\***”

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
*(nama penuh)*

Jawatan \_\_\_\_\_

Tarikh \_\_\_\_\_

\* *potong mana yang tidak berkenaan*