

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