



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, invoice, 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 diperoleh sebanyak **RM** adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Tarikh _____

BAHAGIAN V

20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon 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 diperoleh sebanyak **RM** adalah
*DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN."

Tandatangan _____
(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

*potong mana yang tidak berkenaan

Nama & Cop Rasmi