



**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.”

Tandatangan \_\_\_\_\_

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

Jawatan \_\_\_\_\_

Tarikh \_\_\_\_\_

Nama &amp; Cop Rasmi

\* potong mana yang tidak berkenaan