



13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
- Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
- Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
- Surat Pengesahan Institut Pendidikan/ Pengajian Tinggi
- Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

**BAHAGIAN III**

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

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

Tandatangan ( \_\_\_\_\_ ) Tarikh \_\_\_\_\_  
( *nama penuh* )

**BAHAGIAN IV**

**Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan** (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihadapi Oleh Pesakit

\_\_\_\_\_

16. Nama Atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

\_\_\_\_\_

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

\_\_\_\_\_

18. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di **butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihadapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas”.

Tandatangan ( \_\_\_\_\_ ) Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan  
( *nama penuh* )  
Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN V**

**Kelulusan Penggunaan Ubat** (*ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital university sahaja*)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh

“Penggunaan ubat yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital university seperti di **butiran 16** di atas adalah **\*DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan ( \_\_\_\_\_ ) Cop Rasmi KKM / Pengarah Hospital Universiti  
( *nama penuh* )  
Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

\* *potong mana yang tidak berkenaan*

**BAHAGIAN VI**

20. 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*

--