

BAHAGIAN III

Butiran Kejadian Kecemasan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

17. Tarikh/ Masa Kejadian Kecemasan _____ / _____
18. Tempat/ Alamat Semasa 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 Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)
- Laporan Polis (*kes kemalangan/ jenayah*) 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 LHDNM.”

Tandatangan (_____) Tarikh _____
(*(nama penuh)*)

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 & Cop Rasmi

--

* *potong mana yang tidak berkenaan*