



JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA
BAHAGIAN PENCEN



LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN
MENGENAI ANAK CACAT OTAK / CACAT ANGGOTA

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima :

	/		/				
--	---	--	---	--	--	--	--

Hari

Bulan

Tahun

ARAHAN

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM/BIRU**.
2. Sila gunakan **HURUF BESAR**.
3. Sila tandakan (/) pada ruang yang bertanda (*).

Peringatan

- a) Bahagian A dan B diisi oleh penjaga anak cacat
- b) Bahagian (C) hendaklah diisi oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** mengikut jenis kecacatan yang berkenaan sahaja.
- c) Sila kemukakan sekeping gambar penuh anak cacat (saiz 3R).

Gambar penuh anak cacat

A MAKLUMAT PESARA / GEMULAH

JPA.BP.UMUM.B04

1a. No. Kad Pengenalan semasa

<input type="text"/>												
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1b. Kategori Kad Pengenalan semasa *

01	<input type="checkbox"/>	Baru	02	<input type="checkbox"/>	Lama	03	<input type="checkbox"/>	Tentera	04	<input type="checkbox"/>	Polis
----	--------------------------	------	----	--------------------------	------	----	--------------------------	---------	----	--------------------------	-------

2. Nama

<input type="text"/>																				
<input type="text"/>																				
<input type="text"/>																				

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**B MAKLUMAT ANAK CACAT**

1a. No. Kad Pengenalan semasa

<input type="text"/>															
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1b. Kategori Kad Pengenalan semasa *

01	<input type="checkbox"/>	Baru	03	<input type="checkbox"/>	Tentera	05	<input type="checkbox"/>	Sijil Lahir
02	<input type="checkbox"/>	Lama	04	<input type="checkbox"/>	Polis			

2. Nama anak

<input type="text"/>																				
<input type="text"/>																				
<input type="text"/>																				

3. Tarikh lahir

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hari Bulan Tahun

4. Jantina *

L	<input type="checkbox"/>	Lelaki	P	<input type="checkbox"/>	Perempuan
---	--------------------------	--------	---	--------------------------	-----------

C MAKLUMAT PEMERIKSAAN DAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN

1. * Saya telah memeriksa penama di atas (bahagian B) pada dan mendapati beliau mengalami;

- Cacat otak (*Mental Retardation*) – Sila isikan bahagian C.I
- Sakit Jiwa (*Mental Disorder/Mental Illness*) – Sila isikan bahagian C.II
- Cacat anggota (*Physical handicap*) – Sila isikan bahagian C.III

2. Latar belakang perubatan

(Sila nyatakan riwayat kecacatan/penyakit, kemahiran sosial seperti kebolehan menjaga kebersihan diri, tahap persekolahan dan sebagainya)

Disemak Oleh :

Nama :

Jawatan:

Unit :

Tarikh :

Disahkan Oleh :

Nama :

Jawatan:

Unit :

Tarikh :

Saya mengesahkan bahawa;

- (a) Penama mengalami kecacatan otak
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- (b) Kadar kecerdasan fikiran
.....
- (c) Selain daripada kecacatan otak, penama juga mengalami kecacatan
- (d) Kecacatan otak ini akan menghalang penama daripada menanggung nafkahnya sendiri
- (e) Kecacatan otak ini dialami sejak berumur tahun dan akan berkekalan.
- (f) Ulasan tambahan, jika ada

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama penuh : _____

Jawatan : _____

Bidang kepakaran : _____

Cop Jabatan : _____

Saya mengesahkan bahawa;

- (a) Penama *adalah/bukan seorang pesakit jiwa.
- (b) Penama menghidap penyakit
(Nature of mental illness)
- (c) Penyakit ini dihidapi sejak
- (d) Selain dari sakit jiwa, penama menghidap penyakit
.....
- (e) Ulasan tambahan, jika ada
.....
.....
.....
.....

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama penuh : _____

Jawatan : _____

Bidang kepakaran : _____

Cop Jabatan : _____

* Potong mana yang tidak berkenaan

Saya mengesahkan bahawa;

- (a) Penama mengalami kecacatan anggota iaitu
.....
(Jenis kecacatan)
yang disebabkan oleh
- (b) Kecacatan ini dialami sejak
- (c) Kadar buta/pekak
- (d) Selain daripada kecacatan anggota, penama mengalami kecacatan
- (e) Kecacatan yang dialami penama ini adalah berkekalan.
- (f) Sila beri pendapat tuan sama ada penama berupaya untuk menyara dirinya sendiri

.....
.....
.....
.....
.....
.....- (g) Ulasan tambahan, jika ada

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama penuh :

Jawatan :

Bidang kepakaran :

Cop Jabatan :

* Potong mana yang tidak berkenaan.