

**MAJLIS BANDARAYA SHAH ALAM**

[ JABATAN KHIDMAT PENGURUSAN ]

**BORANG PERMOHONAN PERBELANJAAN RAWATAN KEPAKARAN  
DI HOSPITAL PANEL PAKAR MAJLIS**

- ❖ Setiap permohonan perlu disertakan dengan **surat rujukan daripada klinik panel / hospital panel untuk setiap kali rawatan**. Kegagalan mendapat surat rujukan tersebut akan menyulitkan permohonan ini.
- ❖ Kakitangan juga diminta untuk mendapatkan bil / resit bagi setiap rawatan daripada pihak hospital panel untuk simpanan / rujukan selepas mendapatkan rawatan pakar.
- ❖ Perlu diingatkan bahawa rawatan pakar ini adalah **KEMUDAHAN** yang disediakan oleh pihak Majlis dan **BUKAN HAK** setiap kakitangan.
- ❖ Tandakan (  ) di ruang berkenaan

**A. BUTIR DIRI KAKITANGAN / PESAKIT**

1. Nama Penuh Kakitangan

No. Kad Pengenalan

2. Jabatan / Bahagian / Pej. Cawangan

No. Telefon / No. Hp

3. Nama Pesakit (Jika bukan kakitangan)

No. Kad Pengenalan

4. Hubungan Pesakit Dengan Kakitangan

Suami  Isteri  Anak \_\_\_\_\_  
Tarikh\_\_\_\_\_  
Nama\_\_\_\_\_  
Tandatangan**B. PENGESAHAN BAHAGIAN SUMBER MANUSIA**

1. Tarikh terakhir mendapatkan rawatan pakar : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Jumlah yang telah digunakan : RM \_\_\_\_\_

3. Baki terkini peruntukan rawatan pakar yang masih belum digunakan : RM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tarikh\_\_\_\_\_  
Nama Penuh\_\_\_\_\_  
Tandatangan

**C. PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN MBSA**

1. Rujukan Kepada :

- (a) Physician
- (b) General Surgeon
- (c) Paediatrician
- (d) Obstetrician/Gynaecologist
- (e) Orthopaedic Surgeon
- (f) Dermatologist
- (g) ENT Specialist
- (h) Ophtalmologist

2. Hospital Panel Rujukan :  UMRA       AVISENA SPECIALIST HOSPITAL       MSU MEDICAL CENTRE  
 KPJ       AVISENA WOMEN'S & CHILDREN'S       COLUMBIA ASIA  
.....

3. Saya mengesahkan permohonan di atas adalah memenuhi / tidak memenuhi syarat dan kelayakan yang ditetapkan oleh Majlis. Permohonan adalah (disokong / tidak disokong).

4. Nama Rawatan / Diagnosis :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Tarikh      Nama Penuh      Tandatangan

**D. KELULUSAN BAHAGIAN SUMBER MANUSIA**

(Atas sebab-sebab kecemasan atau ketiadaan Pegawai Perubatan)

- 1. Permohonan rawatan \_\_\_\_\_ **diluluskan / tidak diluluskan**
- 2. Ulasan jika tidak diluluskan :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Tarikh      Nama Penuh      Tandatangan