LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN MENGENAI ANAK CACAT OTAK / HILANG UPAYA DARI SEGI JASMANI SECARA KEKAL

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"**.

Peringatan

a. Bahagian A dan B diisi oleh penjaga anak cacat.
b. Bahagian C dan D diisi oleh Pakar Perubatan mengikut jenis kecacatan yang berkenaan sahaja.
c. Sila kemukakan salinan sijil kelahiran anak.

(A) MAKLUMAT PESARA / GEMULAH

1a. No. Kad Pengenalan Baru
__ __ __ __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

1b. No. Kad Pengenalan Lama
__ __ __ __ __ __ __ __ __

(B) MAKLUMAT ANAK

1a. No. Kad Pengenalan Baru
__ __ __ __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

2. Nama

3. Tarikh Lahir
__ __ / __ __ / __ __ __ __
Hari Bulan Tahun

(C) LAPORAN PAKAR PERUBATAN

1. Saya telah memeriksa penama di atas pada …….....
dan mendapati beliau mengalami;

Cacat Otak (*Mental Retardation*)
Jenis cacat otak (mengikut istilah perubatan).....

Cacat Anggota (*Physical Handicap*)
Jenis cacat anggota (mengikut istilah perubatan).....

UNTUK KEGUNAAN JPA

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Sila buat lampiran berasingan sekiranya perlu)

3. Saya mengesahkan bahawa:

(a) kecacatan penama adalah berkekalan

☐ **Ya** ☐ **Tidak**

(b) kecacatan ini menghalang penama daripada menanggung nafkahnya sendiri

☐ **Ya** ☐ **Tidak**

(c) kecacatan ini dialami sejak penama berumur ☐ tahun.

(f) Ulasan tambahan, jika ada

……
……
……

_____

(Tandatangan pakar perubatan)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang kepakaran :

Cop Jabatan :

No. telefon :

Email :

UNTUK KEGUNAAN JPA

Disemak oleh

Disahkan oleh: