



No. Ruj. : JPA.500-4/15/1 JLD.20 (72)
Tarikh : 24 Mei 2021

Semua Ketua Setiausaha Kementerian
Semua Ketua Jabatan Persekutuan
Semua Setiausaha Suruhanjaya
Semua YB Setiausaha Kerajaan Negeri
Semua Pihak Berkuasa Berkanun
Semua Pihak Berkuasa Tempatan

YBhg. Tan Sri/ Datuk Seri/ Dato' Seri/ Dato' Sri/ Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan,

**PENGGUNAAN BORANG BAHARU BAGI MENDAPATKAN PENGESAHAN
PAKAR PERUBATAN KERAJAAN MENGENAI ANAK KURANG UPAYA
TANGGUNGAN PESARA**

Dengan segala hormatnya izinkan saya menarik perhatian YBhg. Tan Sri/ Datuk Seri/ Dato' Seri/ Dato' Sri/ Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan kepada perkara di atas.

2. Dimaklumkan bahawa Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) telah menambah baik Borang Laporan Pengesahan Pakar Perubatan Mengenai Anak Kurang Upaya Tanggungan Pesara bagi tujuan pertimbangan pendaftaran anak kurang upaya (OKU) tanggungan pesara menerima pencen terbitan sekiranya pegawai/pesara meninggal dunia.
3. Sehubungan itu, kerjasama pihak YBhg. Tan Sri/ Datuk Seri/ Dato' Seri/ Dato' Sri/ Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan adalah dimohon supaya dapat memaklumkan kepada pengurus sumber manusia dan bakal pesara yang mempunyai anak OKU menggunakan borang baharu ini bagi tujuan pengesahan keadaan anak OKU tanggungan bakal pesara oleh pakar perubatan kerajaan.
4. Oleh yang demikian, pegawai yang memilih opsyen skim berpencen yang mempunyai anak kurang upaya bolehlah membuat permohonan untuk mendaftarkan anak kurang upaya mereka tersebut bersekali dengan proses permohonan persaraan wajib mencapai umur, permohonan persaraan pilihan atau permohonan pencen terbitan bagi kes kematian dalam perkhidmatan dengan melengkapkan borang ini dan mendapatkan pengesahan daripada mana-mana pakar perubatan kerajaan yang berkaitan.

5. Permohonan tersebut seterusnya akan diteliti dan diputuskan kelayakannya oleh Jabatan ini. Jika terdapat sebarang pertanyaan lanjut mengenai perkara ini, pihak YBhg. Tan Sri/ Datuk Seri/ Dato' Seri/ Dato' Sri/ Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan boleh menghubungi pihak kami seperti maklumat berikut:

Unit Sinergi, Bahagian Pasca Perkhidmatan
Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia
Tel. : 03-8885 4122/4436/4438/4463

6. Bersama-sama ini disertakan borang permohonan yang dimaksudkan. Borang tersebut boleh turut didapati dan dimuat turun melalui pautan 'Senarai Borang' dari portal Bahagian Pasca Perkhidmatan, Jabatan Perkhidmatan Awam seperti berikut:

- a) Pautan: <http://www.jpapencen.gov.my/borang.html>
- b) Nama borang: JPA.BP.UMUM.B04 (Borang Laporan Pengesahan Pakar Perubatan Mengenai Anak Kurang Upaya Tanggungan Pesara)

7. Kerjasama dan perhatian pihak YBhg. Tan Sri/ Datuk Seri/ Dato' Seri/ Dato' Sri/ Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan dalam perkara ini amatlah dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian, salam hormat.

"PENERAJU PEMBAHARUAN, PENGGERAK PERUBAHAN"
"PRIHATIN RAKYAT: DARURAT MEMERANGI COVID-19"
"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,



(MOHD SHAIFUL BIN IBRAHIM)
Pengarah
Bahagian Pasca Perkhidmatan
Jabatan Perkhidmatan Awam, Malaysia
Tel.: 03-88854004
E-mel: shaiful.ibrahim@jpa.gov.my



**BORANG LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK KURANG
UPAYA TANGGUNGAN PESARA**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima: Hari Bulan Tahun

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ARAHAN

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM** atau **BIRU**
2. Sila gunakan **HURUF BESAR** dan tandakan pada kotak/petak yang berkaitan

PERINGATAN

- a) Bahagian (A) dan (B) diisi oleh penjaga anak yang mengalami ketidakupayaan.
- b) Bahagian (C) hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan mengikut jenis ketidakupayaan yang berkenaan sahaja.
- c) Bagi kes anak yang mengalami **ketidakupayaan anggota**, Pakar Perubatan Kerajaan yang berkaitan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II (a) di muka surat 4. Manakala bagi **ketidakupayaan pendengaran**, Pakar Perubatan Kerajaan yang berkaitan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II (b) di muka surat 5.
- d) Bagi kes **kecelaruan mental**, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.III (b) iaitu **Maklumat Berkaitan Tahap Ketidakupayaan** seperti di muka surat 7.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

**GAMBAR PENUH ANAK PESARA
YANG MENGALAMI
KETIDAKUPAYAAN, SAIZ 3R**

(SILA LEKATKAN DI RUANGAN INI)

C.I PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES KETIDAKUPAYAAN OTAK

Bahagian ini mesti diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan dan ditandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Diagnosis :

(b) Ketidakupayaan otak ini dialami sejak berumur _____ tahun dan : Kekal Tidak Kekal (boleh sembuh)

(c) Jenis Ketidakupayaan :

- Sindrom Down (*Down Syndrome*) *Attention Deficit Hyperactive Disorder* (ADHD)
 Ketidakupayaan intelektual (*intellectual disabilities*) lain-lain (*others*): (Nyatakan) _____
 Autism Spectrum Disorder (ASD)

(d) Tahap ketidakupayaan otak yang dialami i:

- Mild* *Moderate* *Severe* *Profound*

(e) Selain daripada ketidakupayaan otak, penama juga mengalami ketidakupayaan: _____

(f) Adakah ketidakupayaan otak ini menyebabkan penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

- Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menanggung diri.

(g) *Brief History and Physical Examination* : (Sila sertakan lampiran jika ruang tak mencukupi)

(Tandatangan Pakar Perubatan Kerajaan)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang Kepekaran :

Cop Jabatan :

C.II (a) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES KETIDAKUPAYAAN ANGGOTA

Bahagian ini mesti diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan dan ditandatangani pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Diagnosis :

(b) Selain daripada ketidakupayaan anggota, penama juga mengalami ketidakupayaan : _____

(c) Ketidakupayaan anggota ini dialami sejak berumur _____ tahun dan : Kekal Tidak Kekal (boleh sembuh)

(d) Tahap ketidakupayaan yang dialami:

Biasa (boleh berdikari) Teruk (perlu separa bantuan) Amat Teruk (perlu bantuan sepenuhnya)

(e) Jika penama mengalami **ketidakupayaan pendengaran (pekak)**, sila nyatakan tahap ketidakupayaan pendengaran penama pada telinga yang lebih baik :

Minima 26-40dB Sederhana 41-60dB Teruk (severe) 61-80dB Sangat teruk (profound) >81dB

(f) Jika penama mengalami **ketidakupayaan penglihatan**, sila nyatakan tahap ketidakupayaan penglihatan penama:

Terhad kedua-dua mata **Buta kedua-dua mata** Terhad atau buta sebelah mata
Penglihatan \leq 6/18 tetapi \geq 3/60 ATAU medan penglihatan kurang daripada 20 darjah dari fiksasi
Penglihatan \leq 3/60 ATAU medan penglihatan kurang daripada 10 darjah dari fiksasi

(g) Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata/kanta sentuh: **Mata Kanan:** _____ **Mata Kiri:** _____

(h) Adakah penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menanggung diri

(i) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di BAHAGIAN C.II (b)**

(j) *Brief History and Physical Examination* : (Sila sertakan lampiran jika ruang tak mencukupi)

(Tandatangan Pakar Perubatan Kerajaan)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang Kepakaran :

Cop Jabatan :

BAHAGIAN C.II (b) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN (KES KETIDAKUPAYAAN PENDENGARAN)

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** sahaja. Tandakan pada petak yang berkenaan.

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN PENDENGARAN

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (<i>mild</i>)	2 KETARA (<i>moderate</i>)	3 TERUK (<i>severe</i>)	4 AMAT TERUK (<i>very severe</i>)
1.	<p>Ketidakupayaan Pendengaran:</p> <p>Mengalami kesukaran untuk mendengar bunyi pertuturan walaupun terhadap suara yang kuat di tempat senyap atau tidak dapat mendengar bunyi jeritan yang kuat.</p> <p>Manifestasi: tiada tindakbalas terhadap bunyi pertuturan walaupun menggunakan peranti pendengaran (Alat Bantu Pendengaran, Implan Koklea atau Assistive Listening Devices)</p>					
2.	<p>Keselamatan diri:</p> <p>Tidak dapat mendengar bunyi yang diperlukan untuk keselamatan diri.</p> <p>Manifestasi: tidak dapat mendengar bunyi penggera asap, siren pemadam kebakaran, atau hon kereta/trak.</p>					
3.	<p>Ketidakupayaan komunikasi dan fungsi sosial:</p> <p>Kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar.</p> <p>Manifestasi: Tidak mampu berkomunikasi secara lisan, tidak memahami pertuturan, kurang penglibatan dalam aktiviti sosial, perlu menggunakan bahasa isyarat atau bergantung sepenuhnya kepada orang lain untuk komunikasi.</p>					
4.	<p>Mengalami ketidakupayaan pendengaran dan gangguan tinnitus yang berterusan:</p> <p>Tinnitus berterusan pada telinga yang mengalami ketidakupayaan pendengaran walaupun penama telah diberi rawatan intervensi tinnitus.</p> <p>Manifestasi: mengalami tinnitus berterusan. Aktiviti/ rutin harian penama terjejas.</p>					

Disahkan oleh :
(tandatangan pakar)

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh :

**C.III (a) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN –
BAGI KES KECELARUAN MENTAL (*MENTAL DISORDER*)**

Bahagian ini mesti diisi dan dilengkapkan oleh **Pakar Psikiatri Kerajaan** sahaja.

Tandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Diagnosis :

(b) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) sejak berumur _____ tahun.

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan** di **BAHAGIAN C.III (b)**

(d) Selain daripada mengalami kecelaruan mental di atas, penama juga mengalami ketidakupayaan:

(e) Kecelaruan mental yang dialami penama ini adalah berkekalan atau telah mencapai *Maximum Medical Improvement* (MMI): Ya Tidak

(f) Adakah penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menyara diri

(g) *Brief History and Mental State Examination* :

(Tandatangan **Pakar Psikiatri Kerajaan**)

Nama Penuh :

Jawatan :

Cop Jabatan :

***** Pakar Psikiatri Kerajaan yang melakukan pemeriksaan hendaklah mengesahkan tahap ketidakupayaan penama seperti di Bahagian C.III (b) Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di muka surat sebelah.**

BAHAGIAN C.III (b) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN (KES KECELARUAN MENTAL)

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Psikiatri Kerajaan sahaja. Tandakar pada petak yang berkenaan.

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (<i>mild</i>)	2 KETARA (<i>moderate</i>)	3 TERUK (<i>severe</i>)	4 AMAT TERUK (<i>very severe</i>)
1.	Ketidakupayaan urus diri : (makan, minum, kebersihan diri, mengenakan pakaian, komunikasi).					
2.	Ketidakupayaan pergerakan : (Berjalan, perpindahan tubuh badan, memandu kenderaan).					
3.	Ketidakupayaan kemahiran domestik: (melakukan aktiviti rumah seperti mengemas, mencuci pakaian, membersihkan rumah).					
4.	Ketidakupayaan kemahiran motor halus / <i>dexterity functions</i> : (menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan / fungsi tangan atau kaki).					
5.	Ketidakupayaan fungsi sosial: (kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar. Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelak diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja.					
6.	Ketidakupayaan fungsi kognitif: (kemampuan daya ingatan, tumpuan menyiapkan sepenuhnya (<i>persistence</i>) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu).					
7.	Ketidakupayaan kawalan tingkahlaku: (Manifestasi ; Agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain).					

Disahkan oleh :
(tandatangan pakar)

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh :

