



**MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI** \*(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

\*Sila tandakan (√) yang berkenaan

1. NAMA : .....

2. NO KAD PENGENALAN/NO PASPORT :

Baru :

Lama :

3. WARGANEGARA :

Malaysia  Lain-Lain (Nyatakan) : .....

4. NO TELEFON :

Rumah :

Telefon bimbit :

Pejabat :

Faksimile :

5. E-MEL : .....

6. PEKERJAAN : .....

7. PENDAPATAN SEBULAN (RM) : .....

8. ALAMAT RUMAH :

.....

..... Poskod:

9. ALAMAT SURAT - MENYURAT :

(selain dari alamat di atas)

.....

..... Poskod:

**BAHAGIAN B : KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN**

(Hendaklah diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

Saya, ..... (Nama/No KPT pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri penama) di atas (sila tandakan yang berkenaan) bersetuju agar Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta mengeluarkan maklumat perubatan kepada Pendaftar OKU Negeri/Penolong Pendaftar OKU Daerah, Jabatan Kebajikan Masyarakat.

Tarikh : .....

.....  
Tandatangan/Cap Jari Pemohon/Penjaga/Ibu/Bapa/Suami/Isteri

**BAHAGIAN C : MAKLUMAT BERKAITAN PENYAKIT** (yang menyebabkan ketidakupayaan)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan / Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

(Bagi penyakit mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

Diagnosis Utama.....

.....

.....

Tarikh : .....

.....  
(Tandatangan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

**BAHAGIAN D : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (DISABILITY)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian

(Boleh tanda lebih dari satu sekiranya berkenaan)

<p><b>I. Kurang Upaya Pendengaran</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua telinga sahaja</p> <p>Tahap Pendengaran : Telinga Kanan ..... dB      Telinga Kiri ..... dB</p> <p>Sila tanda petak mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik</p> <p><input type="checkbox"/> Minimum 20 - &lt; 30 dB      <input type="checkbox"/> Sederhana 30 - &lt; 60 dB</p> <p><input type="checkbox"/> Teruk (Severe) 60 - &lt; 90 dB      <input type="checkbox"/> Sangat Teruk (Profound) ≥ 90 dB</p> <p><b>II. Kurang Upaya Penglihatan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua mata sahaja</p> <p>Tahap penglihatan selepas pembedahan dengan cermin mata/kanta sentuh: Mata Kanan .....      Mata Kiri .....</p> <p>Sila tanda petak mengikut tahap penglihatan mata yang lebih baik</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Terhad</b> (Penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari fixation)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Buta</b> (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fixation)</p>	<p><b>III. Kurang Upaya Pertuturan</b> (*Hanya boleh disahkan oleh pakar) <input type="checkbox"/></p> <p><b>IV. Kurang Upaya Fizikal</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Limb Defects (Acquired/Congenital)</i> <input type="checkbox"/> <i>Spinal Cord Injury</i> <input type="checkbox"/> <i>Stroke</i> <input type="checkbox"/> <i>Traumatic Brain Injury</i> <input type="checkbox"/> <i>Cerebral Palsy</i> <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Nyatakan) : .....</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">} Hanya sekiranya tiada pengembalian fungsi setelah 6 bulan</p> <p><b>V. Masalah Pembelajaran</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sindrom Down      <input type="checkbox"/> ADHD      <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Kurang Upaya Intelektual <input type="checkbox"/> Minimum      <input type="checkbox"/> Sederhana      <input type="checkbox"/> Teruk <input type="checkbox"/> Masalah Pembelajaran Spesifik (Cth: <i>Dyslexia, Dyscalculia etc.</i>) Nyatakan : .....</p> <p><b>VI. Kurang Upaya Mental</b> <input type="checkbox"/> (*Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Organic Mental Disorder</i> <input type="checkbox"/> <i>Schizophrenic, Paranoid &amp; other Psychotic Disorder</i> <input type="checkbox"/> <i>Mood Disorder (Depression, Bipolar)</i></p>
---	---

**BAHAGIAN E : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) hanya pada SATU kategori utama SAHAJA

<p>I. Pendengaran <input type="checkbox"/></p> <p>II. Penglihatan <input type="checkbox"/></p> <p>III. Pertuturan <input type="checkbox"/></p> <p>IV. Fizikal <input type="checkbox"/></p>	<p>V. Masalah Pembelajaran <input type="checkbox"/></p> <p>VI. Mental <input type="checkbox"/></p> <p>VII. Pelbagai (<i>Multiple Disabilities</i>) <input type="checkbox"/></p>
--	---

**BAHAGIAN F : MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN (JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Sukar)	2 (Bantuan Peralatan)	3 (Bantuan Penjaga & Peralatan)	4 (Terlantar)
I.	<b>Ketidakupayaan Urus Diri</b> <i>(Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi)</i>					
II.	<b>Ketidakupayaan Pergerakan</b> <i>(Berjalan, perpindahan tubuh badan/"transfer", memandu/"transport")</i>					
III.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Domestik</b> <i>(Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah)</i>					
IV.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/"Dexterity functions".</b> <i>(Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki)</i>					

**BAHAGIAN G : MAKLUMAT TAMBAHAN BERKAITAN JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Ringan)	2 (Ketara)	3 (Teruk)	4 (Amat Teruk)
I.	<b>Ketidakupayaan fungsi sosial</b> <i>Kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat atau tempat kerja/sekolah secara wajar.</i> <i>Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelakkan diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja</i>					
II.	<b>Ketidakupayaan fungsi kognitif</b> <i>Kemampuan daya ingatan, tumpuan, menyiapkan sepenuhnya (persistence) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti.</i> <i>Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu</i>					
III.	<b>Ketidakupayaan kawalan tingkah laku</b> <i>Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain</i>					

**BAHAGIAN H : MAKLUMAT BERKAITAN CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Swasta)

I. Anggota tiruan/sokong bantu/ortosis	<input type="checkbox"/>
Nyatakan .....	
II. Bantuan Penjagaan OKU Terlantar Dan Pesakit Kronik Terlantar (BPT)	<input type="checkbox"/>
III. Bantuan OKU Tidak Berupaya Bekerja (BTB)	<input type="checkbox"/>
<b>CATATAN :</b> Pertimbangan bantuan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat	

**BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR PERUBATAN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

TARIKH : .....	..... (Tandatangan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)
	NAMA :
	JAWATAN/COP RASMI :

<b>MAKLUMAT UNTUK PEMOHON/IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI</b>	
1.	Permohonan untuk pendaftaran perlu mendapat pengesahan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta kecuali mereka yang mempunyai ketidakupayaan fizikal yang ketara seperti kudung. Bagi mereka yang memerlukan perkhidmatan lain seperti anggota tiruan/alat sokong bantu perlu mendapat laporan perubatan.
2.	Permohonan disertakan bersama dokumen berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salinan Sijil Kelahiran/Kad Pengenalan</li> <li>• 3 keping gambar berukuran Kad Pengenalan</li> <li>• Borang Permohonan Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 tahun ke atas)</li> </ul>
3.	Setiap OKU yang berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat akan dikeluarkan Kad OKU.
4.	Kad OKU boleh diperbaharui sekiranya hilang, rosak atau terdapat perubahan kategori ketidakupayaan. Kad OKU yang diperbaharui akan menggunakan nombor pendaftaran lama kecuali apabila terdapat perubahan dari segi kategori. Sebarang perubahan kategori perlu mendapat Pengesahan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta (jika perlu) dan akan didaftarkan semula dalam kategori yang baru.