



Ruj. Kami : JPA/PEN/335/1/2-41 Jld. 2  
Tarikh : 4 Oktober 2017

Senarai edaran adalah seperti di Lampiran A

YBhg. Datuk / Dato' / Tuan / Puan,

**PENGUNAAN BORANG BAHARU BAGI PERMOHONAN LAPORAN PENGESAHAN  
PAKAR PERUBATAN BAGI TUJUAN DAFTAR ANAK CACAT TANGGUNGAN PESARA**

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

2. Dimaklumkan bahawa Jabatan Perkhidmatan Awam (JPA) telah menambahbaik borang permohonan laporan pengesahan pakar perubatan bagi tujuan daftar anak cacat tanggungan pesara. Borang permohonan format baharu ini adalah bagi menggantikan borang permohonan yang lama, berkuat kuasa mulai 20 September 2017.

3. Sehubungan itu, kerjasama pihak YBhg. Datuk / Dato' / Tuan / Puan adalah dipohon agar dapat memaklumkan kepada semua anggota/pegawai yang sedang berkhidmat di Kementerian/Jabatan/Bahagian termasuk Institusi/Agensi di bawah tanggungjawab YBhg. Datuk / Dato' / Tuan / Puan terutama kepada bakal pesara yang mempunyai anak cacat untuk menggunakan borang format baharu ini sekiranya ingin mendaftarkan anak cacat mereka sebagai penerima pencen terbitan setelah kematian pegawai/pesara kelak.

4. Borang permohonan format baharu ini boleh didapati dan dimuat turun melalui pautan ke laman portal jabatan ini seperti berikut:

- a) Pautan: <http://www.jpapencen.gov.my/borang.html> - senarai borang;
- b) Klik pada borang bernombor 18; dan
- c) Nama borang: JPA.BP.UMUM.B04 (Borang Pengesahan Anak Cacat).

5. Oleh yang demikian, penjawat awam yang memilih opsyen skim berpencen yang mempunyai anak cacat bolehlah membuat permohonan untuk mendaftarkan anak cacat 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 dengan kecacatan yang dialami.

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

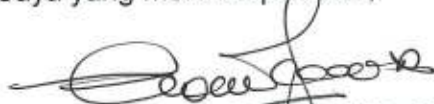
Unit Sinergi, Bahagian Pasca Perkhidmatan  
Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia  
Tel: 03 – 88854122 / 4438  
Email: [azril.wanchik@jpa.gov.my](mailto:azril.wanchik@jpa.gov.my) / [ali.bakri@jpa.gov.my](mailto:ali.bakri@jpa.gov.my)

7. Segala kerjasama dan perhatian pihak YBhg. Datuk / Dato' / Tuan / Puan dalam perkara ini amatlah dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian, salam hormat.

**“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”**

Saya yang menurut perintah,



**(ANOM AKMAR BINTI MOHD OMAR)**  
Timbalan Pengarah  
Bahagian Pasca Perkhidmatan  
Jabatan Perkhidmatan Awam, Malaysia  
Tel.: 03-88854027  
Emel: [anom.omar@jpa.gov.my](mailto:anom.omar@jpa.gov.my)



BAHAGIAN PASCA PERKHIDMATAN  
JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA

JPA.BP.UMUM.B04

**BORANG LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK CACAT  
TANGGUNGAN PESARA**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima: \_\_\_\_\_

**ARAHAN**

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

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) Bagi kes anak yang mengalami cacat anggota, pakar yang mengesahkan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II(b) iaitu seperti di muka surat 5 dan bagi kes kecelaruan mental, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.III(b) seperti di muka surat 7.
- d) Sila sertakan sekeping gambar penuh anak cacat (saiz 3R).

Gambar penuh anak  
cacat



C.I PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES CACAT OTAK  
(Bahagian ini mesti diisi dan disahkan oleh Pakar Perubatan yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecacatan otak (jenis kecacatan) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sindrom <i>Down</i> ( <i>Down Syndrome</i> )                  | <input type="checkbox"/> Lewat perkembangan ( <i>Global Development Delay</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Kurang upaya intelektual ( <i>intellectual disabilities</i> ) | <input type="checkbox"/> <i>Attention Deficit Hyperactive Disorder</i> (ADHD)   |
| <input type="checkbox"/> <i>Autism Spectrum Disorder</i> (ASD)                         | <input type="checkbox"/> lain-lain (others): (Nyatakan) _____                   |

(b) Selain daripada kecacatan otak, penama juga mengalami kecacatan: \_\_\_\_\_

(c) Kecacatan otak ini menyebabkan penama:

- Boleh bekerja & menyara diri       Tidak berupaya bekerja & menyara diri

(d) Kecacatan otak ini dialami sejak berumur \_\_\_\_\_ tahun dan akan :       Kekal      Tidak Kekal     

(e) Ulasan tambahan (jika ada) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Bidang Kepakaran : \_\_\_\_\_

Cop Jabatan : \_\_\_\_\_

\* Tandakan  pada petak yang berkenaan.



**BAHAGIAN C.II (b) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN (KES CACAT ANGGOTA)**

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

**JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN (CACAT ANGGOTA)**

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (mild)	2 KETARA (moderate)	3 TERUK (severe)	4 AMAT TERUK (very severe)
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 / dexterity functions:  (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 (persistence) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu)					
7.	Tahap kebergantungan terhadap aktiviti harian:  (Manifestasi ; Boleh berdikari atau perlu separa bantuan atau perlu bantuan sepenuhnya					

Disahkan oleh : .....

Cop Nama, Jawatan & Jabatan : .....

Tarikh.....

(tandatangan pakar)

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

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Psikiatri Kerajaan sahaja)

Tandakan  pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) iaitu :

\_\_\_\_\_

yang disebabkan oleh \_\_\_\_\_

(b) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) sejak \_\_\_\_\_

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **silalah lengkapkan BAHAGIAN C.III (b)**

(d) Selain daripada mengalami ketidakupayaan di atas, penama juga mengalami kecacatan/ketidakupayaan:

\_\_\_\_\_

(e) Kecacatan/ketidakupayaan yang dialami penama ini adalah berkekalan atau telah mencapai *maximum medical improvement* (MMI):

Ya       Tidak

(f) Silalah beri pendapat sama ada penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung diri sendiri ataupun tidak:

Boleh bekerja & berupaya menanggung diri       Tidak berupaya bekerja & menanggung diri

(g) Ulasan tambahan (jika ada):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Psikiatri)

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.**

\*Tandakan  pada petak yang berkenaan.



**BAHAGIAN C.III (b) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN**

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

**JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN**

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (mild)	2 KETARA (moderate)	3 TERUK (severe)	4 AMAT TERUK (very severe)
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 / dexterity functions: (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 (persistence) 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 : .....

Cop Nama, Jawatan & Jabatan : .....

Tarikh.....

(tandatangan pakar)