

Negeri : Daerah : Nò. Pendaftaran :
(Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya)
Tarikh Daftar :

☐ Permohonan Baru ☐ Pendaftaran Semula (No.Pendaftaran Asal:)

Poskod:

--	--	--	--	--

MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI

* Sila isi atau tanda (✓) pada ruang yang berkenaan

1. NAMA :

2. HUBUNGAN : ☐ Ibu/bapa ☐ Suami/Isteri ☐ Lain-lain (Nyatakan) :

3. NO KAD PENGENALAN/NO PASPORT :

Baru :

Lama :

4. WARGANEGARA :

☐ Malaysia ☐ Lain-Lain (Nyatakan) :

5. NO TELEFON :

Rumah :

Pejabat :

Telefon bimbit :

Faksimile :

6. E-MEL :

7. PEKERJAAN :

8. PENDAPATAN SEBULAN (RM) :

9. ALAMAT RUMAH :

.....

Poskod:

10. 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) di atas (sila tandakan yang berkenaan) bersetuju agar Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan mengeluarkan maklumat perubatan kepada Pendaftar OKU Negeri/Penolong Pendaftar OKU Daerah, Jabatan Kebajikan Masyarakat.

Tarikh :

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

BAHAGIAN C : PENGESAHAN PERMOHONAN PENDAFTARAN

(Hendaklah isi atau tanda (✓) pada ruang yang berkenaan oleh Penolong Pendaftar OKU)

(* Sila rujuk Maklumat Untuk Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga terlebih dahulu)

Saya menyokong permohonan pendaftaran ini.

Memerlukan pengesahan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan ☐

Tidak memerlukan pengesahan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan kerana mempunyai ketidakupayaan yang jelas atau ketara ; ☐

Nyatakan :

TARIKH :

(Tandatangan Penolong Pendaftar OKU)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

BAHAGIAN D : MAKLUMAT BERKAITAN PENYAKIT (yang menyebabkan ketidakupayaan)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

(Bagi penyakit mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

Diagnosis Utama.....

Tarikh :

(Tandatangan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

BAHAGIAN E : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (DISABILITY)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (✓) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian (Boleh tanda lebih dari satu sekiranya berkenaan)

I. Kurang Upaya Pendengaran ☐ Bagi individu yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua telinga sahaja Tahap Pendengaran : Telinga Kanan dB Telinga Kiri dB Sila tanda petak mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik ☐ Minimum ☐ Sederhana 15 - < 30 dB 30 - < 60 dB ☐ Teruk (Severe) ☐ Sangat Teruk 60 - < 90 dB (Profound) ≥ 90 dB	IV. Kurang Upaya Fizikal ☐ ☐ Limb Defects (Acquired/Congenital) (Nyatakan) : ☐ Spinal Cord Injury ☐ Stroke ☐ Traumatic Brain Injury ☐ Cerebral Palsy ☐ Hemiplegia ☐ Diplegia ☐ Quadriplegia ☐ Lain-Lain (Nyatakan) : (Cth: Duchennes Muscular Dystrophy, Chronic Diseases with physical disability, etc.)
II. Kurang Upaya Penglihatan ☐ Bagi individu yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua mata atau buta di sebelah mata sahaja. Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata/kanta sentuh: Mata Kanan Mata Kiri Sila tanda petak mengikut tahap penglihatan mata yang lebih baik ☐ Terhad di kedua-dua belah mata (Penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari fixation). ☐ Buta di kedua-dua belah mata (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fixation). ☐ Buta di sebelah mata ☐ Lain-lain gangguan penglihatan kekal (hanya boleh disahkan oleh Pakar Oftalmologi) Nyatakan:	V. Masalah Pembelajaran ☐ ☐ Lewat Perkembangan (Global Developmental Delay) (Hanya kanak-kanak berumur < 5 tahun) ☐ Minimum ☐ Sederhana ☐ Teruk ☐ Sindrom Down ☐ ADHD ☐ Autisme ☐ Kurang Upaya Intelektual (Kanak-Kanak berumur > 5 tahun) ☐ Minimum ☐ Sederhana ☐ Teruk ☐ Masalah Pembelajaran Spesifik (Cth: Dyslexia, Dyscalculia etc.) Nyatakan:
III. Kurang Upaya Pertuturan ☐ (Bagi kanak-kanak berumur 5 tahun ke atas) (Individu dewasa disahkan oleh pakar perubatan)	VI. Kurang Upaya Mental ☐ ☐ * Organic Mental Disorder ☐ ** Schizophrenic, Paranoid & other Psychotic Disorder ☐ ** Mood Disorder (Depression, Bipolar) (* Boleh disahkan oleh Pakar Perubatan) (** Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

BAHAGIAN F : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (✓) hanya pada SATU kategori SAHAJA

I. Pendengaran	☐	V. Masalah Pembelajaran	☐
II. Penglihatan	☐	VI. Mental	☐
III. Pertuturan	☐	VII. Pelbagai (Multiple Disabilities)	☐
IV. Fizikal	☐		

BAHAGIAN G : TAHAP KEFUNGSIAN BAGI KANAK-KANAK (DI BAWAH UMUR 18 TAHUN)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan:

I. Masalah Pergerakan		
☐ Tiada	☐ Perlu bantuan separa	☐ Perlu bantuan sepenuhnya
II. Masalah Mengurus Aktiviti Harian		
☐ Tiada	☐ Perlu bantuan separa	☐ Perlu bantuan sepenuhnya
III. Kaedah Berkomunikasi		
☐ Bertutur	☐ Terhad/Isyarat/Alternatif	☐ Tiada kemampuan komunikasi
IV. Masalah Tingkah Laku		
☐ Tiada	☐ Boleh mengurus	☐ Sukar diurus

BAHAGIAN H : JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN BAGI DEWASA (UMUR 18 TAHUN DAN KE ATAS)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

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

BAHAGIAN I : MAKLUMAT TAMBAHAN BERKAITAN JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Ringan)	2 (Ketara)	3 (Teruk)	4 (Amat Teruk)
I.	Ketidakupayaan fungsi sosial Kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat atau tempat kerja/sekolah secara wajar. Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelakkan diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja					
II.	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					
III.	Ketidakupayaan kawalan tingkah laku Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak umum, menverang orang lain					

BAHAGIAN J : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL PERUBATAN

(Hendaklah disahkan oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

Saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

TARIKH :

.....
(Tandatangan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

BAHAGIAN K : CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

I. Anggota tiruan/sokong bantu/ortosis

Nyatakan

☐

CATATAN :

Pertimbangan bantuan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat

BAHAGIAN L : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

Sila rujuk Garis Panduan Pendaftaran Orang Kurang Upaya

I. Prasekolah (umur 5-6 tahun)

a. Prasekolah Biasa (Inklusif)

☐

b. Prasekolah Khas

☐☐

II. Program Pendidikan

a. Kelas Biasa (Inklusif)

☐

b. Program Pendidikan Khas Integrasi

☐☐

c. Program Pemulihan

☐

d. Sekolah Pendidikan Khas

☐

III. Lain-Lain

a. Pusat Pemulihan Dalam

Komuniti (PDK)

☐

b. Institusi Lain

☐☐

Nyatakan :

CATATAN :

Pertimbangan penempatan persekolahan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Pelajaran Negeri/Pejabat Pelajaran Daerah

BAHAGIAN M : PENEMPATAN PERSEKOLAHAN PERINGKAT AWAL

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah)

Penempatan awal persekolahan anak tuan/puan adalah seperti berikut :

NAMA SEKOLAH :

TARIKH :

.....
(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

MAKLUMAT UNTUK PEMOHON/IBU/ BAPA/ PENJAGA

1. Pendaftaran OKU, boleh dibuat dimana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah bersama dokumen-dokumen berikut:
 - Borang Permohonan Pendaftaran Kurang Upaya yang lengkap, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan yang memeriksa.
 - 1 salinan Sijil Kelahiran / Kad Pengenalan.
 - 1 keping gambar berukuran saiz Pasport. (*Dalam kes-kes tertentu sahaja*)
2. Bagi kes-kes yang mempunyai ketidakupayaan yang jelas atau ketara seperti kudung tangan, kudung kaki dikecualikan dari pengesahan pegawai perubatan atau pengamal perubatan.
3. Sekiranya tuan/puan tidak menerima Kad OKU dalam tempoh 1 bulan dari tarikh permohonan sila berhubung dengan Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah berkenaan.
4. Pendaftaran Semula
 - Pendaftaran semula boleh dilakukan sekiranya terdapat penukaran diagnosis, kategori OKU dengan mengisi borang berkenaan dan hantar ke Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah untuk tindakan.
5. Tuan/Puan perlu membuat salinan borang yang telah dilengkapkan untuk tujuan berikut :
 - 1 salinan borang diserahkan kepada pihak Hospital/Klinik.
 - 1 salinan borang ke Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah bagi pendaftaran persekolahan anak
 - 1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan.

MAKLUMAT KEPADA PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL PERUBATAN

- Borang ini boleh disahkan oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan. Bagi Kurang Upaya Mental sila rujuk dibahagian E (VI) dalam borang.

MAKLUMAT KEPADA PEGAWAI JABATAN PELAJARAN NEGERI / PEJABAT PELAJARAN DAERAH

- Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah hendaklah mengambil maklum tentang pendaftaran dan penempatan sekolah bagi OKU berkenaan.