



KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA
DIRECTOR GENERAL OF HEALTH MALAYSIA

Kementerian Kesihatan Malaysia,
Aras 12, Blok E7, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62590 Putrajaya.

Tel. : 603-88832545
Faks : 603-88895542
Email : hasan@mh.gov.my

Ruj. Kami : (5)KKM/62/BPKK(RH)/RH3 Jld.20
Tarikh : 5 September 2014

SENARAI EDARAN

YBhg. Datuk/Dato'/Datu/Datin/Tuan/Puan,

SURAT PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA BIL.15 TAHUN 2014

BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA (OKU) DI MALAYSIA

1. TUJUAN

- 1.1 Surat Pekeliling ini bertujuan untuk memaklumkan penggunaan Borang Permohonan Pendaftaran OKU baharu yang berkuatkuasa pada tahun 2012 bagi menggantikan borang lama untuk proses pendaftaran OKU selaras dengan Akta OKU 2008.

2. LATARBELAKANG

- 2.1. Akta OKU (Akta 685) telah diluluskan oleh Parlimen dan diwartakan pada 24 Januari 2008. **Majlis Kebangsaan Bagi OKU** telah ditubuhkan di bawah Akta ini bagi menyelia pelaksanaan Akta termasuk proses pendaftaran OKU. Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia merupakan anggota tetap Majlis ini. Susulan Mesyuarat Majlis Kebangsaan Bagi OKU pada 8 Mei 2014 telah memaklumkan masih ada Pakar/Pegawai Perubatan yang belum mahir berkaitan pengesahan dan pendaftaran OKU.

- 2.2. Objektif pendaftaran OKU ini adalah seperti berikut:

- 2.2.1. Untuk mengetahui bilangan, taburan dan kategori OKU di negara ini bagi maksud merancang program yang berkaitan

dengan pencegahan, pendidikan, habilitasi dan rehabilitasi serta latihan.

2.2.2. Untuk merancang penyediaan kemudahan yang bersesuaian dengan keperluan OKU.

2.2.3. Untuk membolehkan OKU yang berdaftar mendapat perkhidmatan yang bersesuaian menurut keperluan berdasarkan tahap kefungsiannya / ketidakupayaan mereka.

2.3. Majlis Kebangsaan Bagi OKU dalam mesyuarat Bil. 2 tahun 2012 telah meluluskan Borang Permohonan Pendaftaran OKU baharu yang mana menyatukan Borang Pendaftaran OKU Kanak-Kanak dan Borang Pendaftaran OKU Dewasa. Selain itu, pengesahan ketidakupayaan juga boleh dibuat oleh pengamal perubatan swasta mengikut Peraturan Pendaftaran dan Pengeluaran Kad OKU, 2010.

2.4. Agensi yang terlibat dalam proses pendaftaran OKU adalah Jabatan Kebajikan Masyarakat, Kementerian Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM). Walau bagaimanapun, mendaftar sebagai OKU adalah atas dasar sukarela dan hanya untuk warganegara Malaysia yang bermastautin di Malaysia.

2.5. KPWKM menegaskan penggunaan istilah akronim OKU ialah "orang kurang upaya" dan bukannya "orang kelainan upaya" atau istilah-istilah lain. Ini berdasarkan seksyen 2, Akta Orang Kurang Upaya 2008. Penggunaan istilah "orang kurang upaya" juga telah dipersetujui oleh golongan OKU dan Pertubuhan Bukan Kerajaan (NGO) yang mewakili kepentingan OKU. Sehubungan itu, dipohon penggunaan istilah yang betul bagi akronim OKU ini digunapakai oleh semua Agensi Kerajaan, NGO dan Sektor Swasta dalam semua urusan berkaitan dengan OKU.

3. TINDAKAN

3.1. Sehubungan itu, semua Pengarah Kesihatan Negeri / Pengarah Hospital / Pegawai Kesihatan Daerah / Pegawai Perubatan yang menjaga hendaklah memastikan bahawa penggunaan borang baharu ini dilaksanakan. Borang Permohonan Pendaftaran OKU

baharu / BPPOKU (Pindaan 1/2012) boleh diakses di laman web <http://fh.moh.gov.my/v3/index.php/ms/penerbitan/244-kesihatan-oku>.

3.2. Dengan ini, semua hospital dan klinik (kerajaan dan swasta) hendaklah memastikan borang pendaftaran baharu sentiasa ada secara berterusan. Taklimat penggunaan borang baharu perlu diadakan kepada semua anggota berpandukan Garis Panduan Pendaftaran Orang Kurang Upaya yang boleh diakses di laman web <http://fh.moh.gov.my/v3/index.php/ms/penerbitan/244-kesihatan-oku>.

3.3. Selain itu, Borang Permohonan Pendaftaran dan Garis Panduan juga boleh diakses dan dimuat turun dari laman web www.moh.gov.my dan www.jkm.gov.my.

4. TARIKH BERKUATKUASA

Arahan di dalam Surat Pekeliling ini adalah berkuatkuasa mulai dari tarikh surat ini dikeluarkan.

5. PERTANYAAN

Sebarang pertanyaan hendaklah dikemukakan kepada:

Pengarah
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Aras 7 & 8, Blok E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya

No. Telefon : 03-88834011
No. Faks : 03-88886150

6. PENUTUP

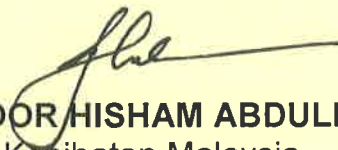
YBhg. Datuk/Dato'/Datu/Datin/Tuan/Puan adalah bertanggungjawab untuk memastikan pekeliling ini dihebahkan dan dipatuhi. Komitmen dari semua

penjawat awam di Hospital dan Klinik dalam menjayakan pengesahan dan pendaftaran OKU amat saya hargai.

Sekian, terima kasih.

'BERKHIDMAT UNTUK NEGARA'

Yang ikhlas,



(DATUK DR. NOOR HISHAM ABDULLAH)
Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia

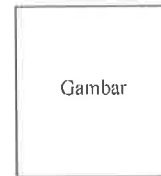
s.k.

1. Ketua Setiausaha
Kementerian Kesihatan Malaysia
2. Ketua Setiausaha
Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat
3. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
4. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
5. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan dan Sokongan Teknikal)

SENARAI EDARAN

1. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis
2. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah
3. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang
4. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Perak
5. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor
6. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan
7. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
8. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Johor
9. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang
10. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu
11. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
12. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah
13. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak
14. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur & Putrajaya
15. Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan Labuan

16. Pengarah
Hospital Kuala Lumpur
17. Ketua Pengarah
Jabatan Pengajian Tinggi
Kementerian Pendidikan Malaysia
18. Ketua Pengarah
Bahagian Perkhidmatan Kesihatan
Markas Angkatan Tentera Malaysia
19. Ketua Pengarah
Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga Negara(LPPKN)
Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat
20. Master
Akademi Perubatan Malaysia
21. Presiden
Persatuan Perubatan Malaysia
22. Presiden
Persatuan Hospital Swasta Malaysia
23. Presiden
Pertubuhan Doktor *Primary Care* Malaysia (PCDOM)



BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

Negeri : Daerah : No. Pendaftaran :
 (Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya)
 Tarikh Daftar :

BAHAGIAN A: BIODATA PEMOHON (Diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

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

Permohonan Baru Pendaftaran Semula (No.Pendaftaran Asal:)

1. NAMA :

2. JANTINA : Lelaki Perempuan

3. KUMPULAN ETNIK :

Melayu Cina India Pribumi Semenanjung Pribumi Sabah Pribumi Sarawak
 Lain-Lain (Nyatakan) :

4. TARIKH LAHIR :

Hari	Bulan							Tahun		

5. UMUR :

6. NO KAD PENGENALAN / NO SIJIL KELAHIRAN :

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

 K/P Lama :

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

7. TAHAP PENDIDIKAN :

Tidak Bersekolah Sekolah Rendah Sekolah Menengah Sekolah Menengah Vokasional/Teknik
 Institusi Pengajian Tinggi Lain-Lain (Nyatakan) :

Jika masih belajar nyatakan nama sekolah/institusi pendidikan :

8. STATUS PEKERJAAN (Jika Berkenaan) :

Tidak Bekerja Bekerja Pesara

9. PEKERJAAN (Jika Berkenaan) :

10. PENDAPATAN SEBULAN (RM) :

11. NO TELEFON :

Rumah :

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

 •

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

 Pejabat :

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

 •

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

Telefon bimbit :

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

 •

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

 Faksimile :

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

12. E-MEL :

13. ALAMAT RUMAH :

.....

 Poskod:

--	--	--	--	--

14. ALAMAT SURAT - MENYURAT : (selain dari alamat di atas)

.....

 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.KP'T)
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)

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

BAHAGIAN F : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

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

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

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		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya
II. Masalah Mengurus Aktiviti Harian		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya
III. Kaedah Berkomunikasi		
<input type="checkbox"/> Bertutur	<input type="checkbox"/> Terhad/Isyarat/Alternatif	<input type="checkbox"/> Tiada kemampuan komunikasi
IV. Masalah Tingkah Laku		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Boleh diurus	<input type="checkbox"/> 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 Pengawal 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, berbolong di khalayak umum, menyerang 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)			<input type="checkbox"/>
	a. Prasekolah Biasa (Inklusi)	<input type="checkbox"/>	b. Prasekolah Khas	<input type="checkbox"/>
II.	Program Pendidikan			<input type="checkbox"/>
	a. Kelas Biasa (Inklusi)	<input type="checkbox"/>	b. Program Pendidikan Khas Integrasi	<input type="checkbox"/>
	c. Program Pemulihan	<input type="checkbox"/>	d. Sekolah Pendidikan Khas	<input type="checkbox"/>
III.	Lain-Lain			<input type="checkbox"/>
	a. Pusat Pemulihan Dalam Komuniti (PDK)	<input type="checkbox"/>	b. Institusi Lain	<input type="checkbox"/>
			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.