



Gambar

BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

1. Negeri 2. Daerah 3. No Pendaftaran
(Untuk Kegunaan Pejabat)
4. Tujuan Pendaftaran Pendaftaran Baharu
 Pendaftaran Semula (No. Pendaftaran Lama :)
 Penggantian Kad (No. Pendaftaran sedia ada :)
 Perubahan Kategori OKU (No. Pendaftaran sedia ada :)
5. Tarikh Daftar

MAKLUMAT UNTUK PEMOHON/IBU/ BAPA/ PENJAGA

1. Pendaftaran OKU boleh dibuat di mana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah bersama dokumen-dokumen berikut:
- Borang Permohonan Pendaftaran Orang Kurang Upaya yang lengkap, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan/ Pengamal Perubatan/ Pakar Perubatan dari Hospital/Klinik Kerajaan atau Hospital/Klinik Swasta yang berdaftar dengan *Malaysian Medical Council* (MMC).
 - 1 salinan sijil kelahiran/ MyKid/ MyKad
 - 1 keping gambar berukuran saiz pasport bagi pemegang sijil kelahiran/MyKid sahaja.
2. Bagi kes yang mempunyai ketidakupayaan yang jelas atau ketara seperti kudung tangan, kudung kaki dan kudung ibu jari tangan dikecualikan daripada pengesahan Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan
3. Pemohon perlu membuat salinan borang yang telah dilengkapkan untuk tujuan berikut jika perlu:
- 1 salinan borang diserahkan kepada pihak Hospital/ Klinik
 - 1 salinan borang ke Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pendidikan Daerah bagi pendaftaran persekolahan anak
 - 1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan

BAHAGIAN A : BIODATA PEMOHON - untuk diisi oleh Pemohon

MAKLUMAT PERIBADI

1. No. MyKad/MyKid
2. No. KP Tentera
3. Nama Penuh :
4. Status Perkahwinan Tidak Berkahwin Berkahwin Balu/ Duda Bercerai Berpisah Tiada Maklumat
5. Bilangan Anak : orang
6. No. Telefon Rumah -
7. No. Telefon Pejabat -
8. No. Telefon Bimbit -
9. Alamat E-mel
10. Alamat Surat-Menyurat
11. Bandar 12. Poskod 13. Negeri

MAKLUMAT PENDIDIKAN

1. Tahap Pendidikan Tidak bersekolah Pra-Sekolah Sekolah Rendah Sekolah Menengah Kolej Vokasional/Teknik
 Sijil Diploma Sarjana Muda Sarjana Doktor Falsafah Lain-lain, Nyatakan:
2. Bidang pengajian (nyatakan) 3. Nama Institusi

MAKLUMAT PEKERJAAN

1. Sektor Pekerjaan Kerajaan Badan berkanun Swasta Pertubuhan Bukan Kerajaan Bekerja sendiri Tidak Berkenaan
2. Status Pekerjaan Tidak Bekerja Majikan Pekerja Kerajaan Pekerja Swasta Bekerja Sendiri Pesara
3. Pekerjaan
4. Nama Majikan 5. No. Tel. Majikan
6. Alamat Majikan
7. Bandar 8. Poskod 9. Negeri
10. Pendapatan (RM) Di bawah RM500.00 RM500.00-RM999.00 RM1,000.00-RM1,999.00 RM2,000.00-RM2,999.00
 RM3,000.00-RM3,999.00 RM4,000.00 dan ke atas 11. Sumber Pendapatan Lain (Perkeso, Pencen, dsb)
12. Adakah anda memerlukan pekerjaan atau sedang mencari pekerjaan ? Ya Tidak

MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI

1. No MyKad <input style="width: 100%;" type="text"/>	2. No. Pasport <input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Nama Penuh :	
4. Warganegara <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan):	
5. Pekerjaan	6. Sektor Pekerjaan
7. Pendapatan Sebulan (RM)	
8. Alamat Tetap	9. Poskod <input style="width: 100%;" type="text"/>
10. Bandar	
11. Negeri	
12. No. Tel. Rumah <input style="width: 100%;" type="text"/>	13. No. Tel. Pejabat <input style="width: 100%;" type="text"/>
14. No. Tel. Bimbit <input style="width: 100%;" type="text"/>	15. Alamat E-mel
16. Alamat Surat-Menyurat	17. Poskod <input style="width: 100%;" type="text"/>
18. Bandar	
19. Negeri	

BAHAGIAN B: PENGESAHAN PERMOHONAN PENDAFTARAN

(Hendaklah isi atau tanda (√) pada ruang yang berkenaan oleh Penolong Pendaftar bagi pemohon yang mempunyai ketidakupayaan ketara/jelas)

1. Keperluan Pengesahan Doktor Ya Tidak

2. Keterangan Kurang Upaya

.....

(Tandatangan Penolong Pendaftar)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

Tarikh :

BAHAGIAN C: KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri)

1. Saya

2. No. Kad Pengenalan

(Nama/No. KP pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri) di atas (sila tandakan yang berkenaan) bersetuju agar Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan mengeluarkan maklumat perubatan kepada Pendaftar OKU Negeri/Penolong Pendaftar OKU Daerah, Jabatan Kebajikan Masyarakat

3. Hubungan Sendiri Ibu/Bapa Suami/Isteri Penjaga Lain-lain Hubungan, Nyatakan

4. Tarikh

Tandatangan/cap jari pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/
lain-lain (nyatakan)

BAHAGIAN D : DIAGNOSA PERUBATAN MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN

Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan. Bagi penyakit mental boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri sahaja (Ditulis dengan JELAS dan HURUF BESAR)

1. Diagnosis Utama

.....

2. Keadaan Pesakit : Boleh dipulihkan Tidak boleh dipulihkan

(Tandatangan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

No. Pendaftaran MMC :

3. Tarikh :

BAHAGIAN E : MAKLUMAT BERKENAAN KURANG UPAYA (DISABILITY)

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

 I : PENDENGARAN

Bagi individu yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua telinga sahaja

Tahap Pendengaran:

Telinga KanandB Telinga Kiri dB

Sila tanda petak mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik

Minimum (kanak-kanak) Minimum (Dewasa)

15 - < 30 dB

20 - 30 dB

Sederhana (Kurang Pendengaran)

30 - < 60 dB

Teruk (*severe*)
60dB-90dB

Sangat Teruk (Pekak) (*Profound*)
≥ 90 dB

 II : PENGLIHATAN

Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata/kanta sentuh:

Mata Kanan Mata Kiri

Sila tanda petak mengikut tahap penglihatan mata 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 (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fixation).

Lain-lain gangguan penglihatan kekal
(hanya boleh disahkan oleh Pakar Ophthalmologi)
Nyatakan:

 III : PERTUTURAN

(Bagi kanak-kanak berumur 5 tahun ke atas dan individu dewasa yang disahkan oleh pakar Telinga, Hidung dan Mulut (ENT))

 IV: FIZIKAL

Limb Defect (Acquired/Congenital)

(Nyatakan) :.....

Spinal Cord Injury

Stroke

Kerdil

Penyakit Kronik Nyatakan :

Traumatic Brain Injury

Cerebral Palsy

Hemiplegia Diplegia Quadriplegia

Lain-lain (Nyatakan) :.....

 V: PEMBELAJARAN

Global Developmental Delay (GDD)

Ringan Sederhana Teruk

Sindrom Down

Ringan Sederhana Teruk

Attention Defisit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Ringan Sederhana Teruk

Autisme

Ringan Sederhana Teruk

Intelektual

(Kanak-kanak berumur > 5 tahun)

Ringan Sederhana Teruk

Specific LD (Pembelajaran Spesifik)

Dyscalculia *Dysgraphia* *Dyslexia*

 VI : MENTAL

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri sahaja, pemohon mestilah telah menjalani rawatan sekurang-kurangnya dua (2) tahun)

Organic Mental Disorder yang serius dan kronik
(*Dementia* - boleh disahkan oleh Pegawai/Pengamal Perubatan)
(*Other mental disorder due to brain damage and disfunction to physical disease*)

Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders
(*Schizoaffective Disorders; Persistent Delusional Disorder; Other Nonorganic Psychotic Disorders*)

Mood Disorder
(*Bipolar Affective Disorder; Recurrent Depressive Disorder; Persistent Mood Disorders; Other Mood Disorders*)

Severe Anxiety Disorder
(*Phobic Anxiety Disorders (Fobia); Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Mixed Anxiety Disorder; Obsessive Compulsive Disorder (OCD)*)

BAHAGIAN F : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan atau Penolong Pendaftar (bagi ketidakupayaan ketara/jelas) Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan:

1. Pendengaran 3. Pertuturan 5. Pembelajaran Nyatakan satu (1) sub kategori yang dominan:.....

2. Penglihatan 4. Fizikal 6. Mental 7. Pelbagai (Multiple Disabilities)

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

Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan atau Penolong Pendaftar (bagi ketidakupayaan ketara/jelas)
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

Tiada Perlu bantuan separa Perlu bantuan sepenuhnya

IV. Masalah Tingkah Laku

Tiada Perlu bantuan separa Perlu bantuan sepenuhnya

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

Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan atau Penolong Pendaftar (bagi ketidakupayaan ketara/jelas)
Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Sukar)	2 (Bantuan Peralatan)	3 (Bantuan Penjaga & Peralatan)	4 (Terlantar)
I.	Ketidakupayaan Urus Diri <i>(Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi)</i>					
II.	Ketidakupayaan Pergerakan <i>(Berjalan, perpindahan tubuh badan/"transfer", memandu/"transport")</i>					
III.	Ketidakupayaan Kemahiran Domestik <i>(Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah)</i>					
IV.	Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/"Dexterity functions". <i>(Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki)</i>					
BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Ringan)	2 (Ketara)	3 (Teruk)	4 (Amat Teruk)
V.	Ketidakupayaan fungsi sosial <i>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</i>					
VI.	Ketidakupayaan fungsi kognitif <i>Kemampuan daya ingatan, tumbuan, meniatkan sepenuhnya (persistence) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu</i>					
VII.	Ketidakupayaan kawalan tingkah laku <i>Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain</i>					

BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL PERUBATAN

Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan atau Penolong Pendaftar (bagi ketidakupayaan ketara/jelas)

Saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

.....
(Tandatangan)

Tarikh :

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

BAHAGIAN J : CADANGAN BANTUAN ALAT TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN*(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)*I. Alat tiruan/sokong bantu/ortosis

Nyatakan

.....
(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

CATATAN :

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

BAHAGIAN K : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN (Hendaklah diisi oleh Pegawai Pendidikan Negeri/ Daerah)*(Hendaklah diisi oleh Pegawai Pendidikan Negeri/ Daerah)*i. Sekolah Pendidikan Khas ii. Program Pendidikan Khas Integrasi iii. Program Pendidikan Inklusif

Nama Sekolah :

.....
(Tandatangan)

Tarikh:

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

CATATAN :

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

BAHAGIAN L : PENEMPATAN INSTITUSI PEMULIHAN/ LATIHAN / KEMAHIRAN*(Hendaklah diisi oleh Pegawai Kebajikan Masyarakat Daerah)*a. Program Pemulihan Dalam Komuniti (PDK) b. Institusi Lain

Nyatakan :

Tarikh :

.....
(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI: