



HOSPITAL BINTULU
JALAN NYABAU
97000 BINTULU

TEL: 086 – 859 000
FAKS: 086 – 255 866
LAMAM WEB: hbtu.moh.gov.my

**BORANG PERMOHONAN MENDUDUKI KUARTERS BERKONGSI /
BERKELUARGA HOSPITAL BINTULU**

**Sila isi dengan huruf besar, jelas dan terang.*
**Sila potong mana yang tidak berkenaan.*
**Borang yang lengkap hendaklah dihantar ke Unit Pentadbiran Am.*

TARIKH PERMOHONAN:

MAKLUMAT PEMOHON

| | | | |
|---|---|--|--|
| NAMA PENUH | | | |
| NO. K/P | | TARIKH LAHIR | |
| JAWATAN | | GRED | |
| GAJI POKOK | | NO. TEL | |
| UMUR | | | |
| UNIT / JABATAN | | | |
| STATUS PERKAHWINAN | *BUJANG / BERKAHWIN / JANDA / DUDA | | |
| ALAMAT ASAL | | | |
| TARIKH MASUK KKM | | TARIKH MULA BEKERJA DI HOSPITAL BINTULU | |
| ADAKAH SEKARANG MENYEWAKAN RUMAH | *YA / TIDAK | KADAR SEWA BULANAN | |
| ALAMAT TEMPAT TINGGAL SEKARANG | | | |
| JENIS KUARTERS YANG DIMOHON | *BERKONGSI / BERKELUARGA | | |

SILA TANDAKAN (√) UNTUK WAKTU BEKERJA ANDA.

- I. Bertugas mengikut jadual shift tertakluk kepada panggilan
- II. Bertugas mengikut jadual shift tidak tertakluk atas panggilan
- III. Bertugas waktu pejabat sahaja tertakluk kepada panggilan
- IV. Bertugas waktu pejabat sahaja

1. Adakah anda mempunyai kecacatan yang menjejaskan pergerakan anda? Tandakan (√).

YA TIDAK

*(Jika jawapan anda 'YA' sila sertakan surat pengesahan daripada pegawai perubatan Hospital Kerajaan.)

MAKLUMAT PASANGAN (Sila sertakan sijil Nikah / Kahwin)

NAMA SUAMI

PEKERJAAN

GAJI POKOK

ALAMAT MAJIKAN

2. Jika pasangan anda juga berkhidmat di Hospital Bintulu, sila sertakan dokumen (Jadual bertugas atas panggilan / shift / surat pengesahan daripada ketua jabatan) sebagai bukti dan sila tandakan (√) waktu bekerja pasangan anda.

- I. Bertugas mengikut jadual shift tertakluk kepada panggilan
- II. Bertugas mengikut jadual shift tidak tertakluk atas panggilan
- III. Bertugas waktu pejabat sahaja tertakluk kepada panggilan
- IV. Bertugas waktu pejabat sahaja

MAKLUMAT ANAK / TANGGUNGAN

3. Sila senaraikan maklumat tanggungan / anak yang masih bersekolah.

| BIL. | NAMA | NO SIJIL LAHIR / KP | UMUR |
|------|------|---------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*(Sila lampirkan Salinan sijil lahir / KP)

4. Adakah anda mempunyai anak istimewa (mempunyai kecacatan)? Tandakan (√) pada ruangan yang disediakan.

YA TIDAK

*(Jika 'YA', sila lampirkan surat pengesahan daripada pegawai perubatan kesihatan kerajaan)

MAKLUMAT LAIN-LAIN

5. Berapakah jarak kediaman sekarang ke Hospital Bintulu (dalam KM).

6. Nyatakan sebab-sebab anda memohon kuarters.

PENGAKUAN PEMOHON

1. Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah benar, saya faham sekiranya maklumat yang saya berikan ini adalah palsu, tindakan tatatertib boleh diambil ke atas saya. Saya juga bersedia untuk dipanggil bertugas pada bila-bila masa diperlukan sekiranya kemudahan kuarters diberikan kepada saya.

2. Saya seterusnya memberi pengakuan disini bahawa ketika permohonan ini dibuat, saya tidak menduduki sebarang rumah kerajaan yang dibeli melalui sebarang punca pinjaman. Saya boleh dikeluarkan daripada kuarters sekiranya saya didapati membeli rumah di Kawasan Bintulu bagi memberi ruang kepada pemohon baru.

Tandatangan pemohon

(_____) *cop nama*

Tarikh:

BORANG PEMARKAHAN

(Borang tersebut perlu di isi oleh pegawai memohon)

ARAHAN:

Sila tandakan jumlah markah anda berdasarkan maklumat yang telah anda isi di dalam borang permohonan. Sistem pemarkahan ini diubahsuai berdasarkan Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil. 8/2003 Garispanduan Pengagihan (Pindaan ke 2/2022)

| Bil. | Perkara | Markah Maksima | Markah Anda |
|---------------|--|----------------|-------------|
| 1. | BAHAGIAN A (MAKLUMAT PERIBADI PEMOHON) | | |
| 1.1 | Bertugas mengikut jadual shif tertakluk kepada panggilan | 25 | |
| 1.2 | Bertugas mengikut jadual shif tidak tertakluk atas panggilan | 15 | |
| 1.3 | Bertugas waktu pejabat sahaja tertakluk kepada panggilan | 5 | |
| 1.4 | Bertugas waktu pejabat sahaja | 0 | |
| 1.5 | Mempunyai kecacatan anggota (kekal) yang menjejaskan pergerakan. (Jika mempunyai kecacatan, sila beri 5 markah). Kemukakan surat pengesahan dari Pegawai Perubatan | 5 | |
| 1.6 | Berikan 5 markah jika anda seorang ibu tunggal | 5 | |
| 2. | BAHAGIAN B (MAKLUMAT SUAMI/ISTERI PEMOHON) | | |
| 2.1 | Bertugas mengikut jadual shif tertakluk kepada panggilan | 25 | |
| 2.2 | Bertugas mengikut jadual shif tidak tertakluk atas panggilan | 15 | |
| 2.3 | Bertugas waktu pejabat sahaja tertakluk kepada panggilan | 5 | |
| 2.4 | Bertugas waktu pejabat sahaja | 0 | |
| 3. | BAHAGIAN C (MAKLUMAT ANAK/TANGGUNGAN) | | |
| 3.1 | 2markah ntuk tiap seorang anak/tanggungan sehingga maksima 5 anak / tanggungan. (Jika mempunyai anak angkat, sila kemukakan bukti yang kukuh terhadap status anak angkatnya itu contoh : Surat daripada Jabatan Kebajikan Masyarakat) | 10 | |
| 3.2 | Mempunyai anak istimewa (Jika mempunyai anak istimewa, sila beri 5 markah) | 5 | |
| JUMLAH | | | |

BAHAGIAN D (ULASAN DAN SOKONGAN PENYELIA)

Ulasan Penyelia :

Sokongan Penyelia : [] Disokong [] Tidak Disokong

Nama Penyelia :

Jawatan :

Tandatangan & Cop :

Tarikh :