

# **PENGESAHAN ANAK CACAT**

## **DOKUMEN BAGI PENGESAHAN ANAK CACAT OTAK / CACAT ANGGOTA**

1. 2 Keping Fotostat Kad Pengenalan Dan Sijil Kelahiran Anak Cacat.
2. Sekeping Gambar Penuh Anak Cacat Saiz 3R.
3. Pengesahan Pakar Perubatan Kerajaan (LAMPIRAN A).

Sila majukan dokumen yang lengkap ke alamat seperti berikut:

**JABATAN HAL EHWAL VETERAN ATM  
BAHAGIAN PENCEN  
TINGKAT 8, MENARA TH PERDANA  
1001, JALAN SULTAN ISMAIL  
50250 KUALA LUMPUR**

**No Tel : 03-20508123 / 8128 / 8119 / 8116 / 8113  
No Faks : 03-26984850**



## JABATAN HAL EHWAL VETERAN ATM (BAHAGIAN PENCEN)

### LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK CACAT OTAK / CACAT ANGGOTA

#### ARAHAN SEBELUM MENGISI BORANG

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan pen dakwat HITAM/BIRU.
2. Sila gunakan HURUF BESAR.
3. Sila tandakan (/) pada ruang yang bertanda (\*).
4. Bahagian A, B, C dan D diisi oleh ibubapa/penjaga anak cacat.
5. Bahagian E hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan mengikut jenis kecacatan yang berkenaan sahaja.
6. Bahagian F untuk kegunaan pejabat.

GAMBAR PENUH ANAK CACAT

**A. MAKLUMAT PESARA / GEMULAH**

1. Nama : .....
2. No Tentera : ..... 4. No Kad Pengenalan : .....
3. Tarikh Tamat Perkhidmatan : ..... 5. Tarikh Meninggal Dunia : .....

**B. MAKLUMAT ANAK CACAT**

1. Nama : .....
2. No Kad Pengenalan : ..... 5. No Sijil Lahir : .....
3. Tarikh Lahir : ..... 6. Jantina : .....
4. Alamat : ..... 7. \*Umur Kecacatan Dialami (sejak bila)
- .....  Sebelum umur 21 tahun
- .....  Selepas umur 21 tahun

**C. MAKLUMAT WARIS / PENJAGA ANAK CACAT SELAIN IBUBAPA**

1. Nama : .....
2. No Kad Pengenalan : ..... 4. Hubungan Persaudaraan Dengan Anak Cacat
3. Alamat : .....  
.....  
.....
5. No. Telefon:-  
Tel rumah : .....  
Tel bimbit : .....

**D. MAKLUMAT PENGESAHAN / PERAKUAN PENJAGA ANAK CACAT**

Saya mengaku bahawa saya ..... dan No. Kad Pengenalan: .....  
bahawa segala maklumat yang dinyatakan oleh saya adalah benar.

Tarikh : .....  
(Tandatangan Pesara / Penjaga)

**E. MAKLUMAT PEMERIKSAAN DAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN**

1. \* Saya telah memeriksa dan mengesahkan bahawa .....  
(nama anak cacat)
- telah mengalami kecacatan berikut:
- Cacat Otak (*Mental Retardation*) – Sila isikan bahagian E.I
- Cacat Anggota (*Physical Handicap*) – Sila isikan bahagian E.II
- Sakit Jiwa (*Mental Disorder/Mental illness*) – Sila isikan bahagian E.III



**E.I CACAT OTAK (PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN)**

(Pakar Perubatan Am / Neurology / Pakar Kanan-Kanak)

Saya mengesahkan bahawa,

(a) Jenis kecacatan yang dialami oleh penama adalah : .....

(b) Kadar kecerdasan fikiran : .....

(c) Selain daripada kecacatan otak, penama juga mengalami kecacatan : .....

(d) Kecacatan otak ini dialami sejak berumur ..... tahun

(e) \* Kecacatan dialami oleh penama

akan berkekalan. Ulasan .....

.....

tidak berkekalan. Ulasan .....

.....

(f) \* Kecacatan otak ini akan menghalang penama daripada menanggung nafkahnya sendiri.

Ya. Ulasan : .....

Tidak. Ulasan : .....

(g) Latar belakang perubatan : .....

.....

.....

.....

.....

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama :

Jawatan :

Bidang Kepekaran :

Cop Jabatan :

Tarikh :

**E.II CACAT ANGGOTA (PENGESAHAN PAKAR ORTOPEDIK KERAJAAN)**

Saya mengesahkan bahawa,

(a) Jenis kecacatan yang dialami oleh penama adalah : .....

yang disebabkan oleh : .....

(b) Kadar buta / pekak : ..... / .....

(c) Selain daripada kecacatan anggota penama juga mengalami kecacatan : .....

(e) Kecacatan anggota ini dialami sejak berumur ..... tahun.

(e) \* Kecacatan dialami oleh penama

akan berkekalan. Ulasan .....

tidak berkekalan. Ulasan .....

(f) \* Kecacatan otak ini akan menghalang penama daripada menanggung nafkahnya sendiri.

Ya. Ulasan : .....

Tidak. Ulasan : .....

(g) Latar belakang perubatan : .....

.....  
(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama :

Jawatan :

Bidang Kepekaran :

Cop Jabatan :

Tarikh :

**E.III SAKIT JIWA (PENGESEHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN)**

Saya mengesahkan bahawa,

(a) Jenis kecacatan yang dialami oleh penama adalah : .....  
yang disebabkan oleh : .....

(b) Kadar kecacatan : .....

(c) Selain daripada kecacatan anggota penama juga mengalami kecacatan : .....

(e) Kecacatan anggota ini dialami sejak berumur ..... tahun.

(e) \* Kecacatan dialami oleh penama

akan berkekalan. Ulasan .....  
.....

tidak berkekalan. Ulasan .....  
.....

(f) \* Kecacatan otak ini akan menghalang penama daripada menanggung nafkahnya sendiri.

Ya. Ulasan : .....

Tidak. Ulasan : .....

(g) Latar belakang perubahan : .....  
.....  
.....  
.....

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama :

Jawatan :

Bidang Kepakaran :

Cop Jabatan :

Tarikh :

**F. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

Status permohonan lulus / tidak diluluskan

.....  
(Tandatangan Penyemak)

Tarikh :

.....  
(Tandatangan Pengesahan)

Tarikh :