



Gambar

## BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

1. Negeri ..... 2. Daerah ..... 3. No Pendaftaran .....  
(Untuk Kegunaan Pejabat)

4. Jenis Pendaftaran ☐ Pendaftaran Baharu  
(Rujuk Jadual 1 ☐ Pendaftaran Semula (No. Pendaftaran Lama : .....)  
di mukasurat 6) ☐ Perubahan Kategori & Sub Kategori OKU (No. Pendaftaran sedia ada : .....)  
☐ Penggantian Kad (No. Pendaftaran sedia ada : .....)

5. Tarikh Daftar

### MAKLUMAT UNTUK PEMOHON / WAKIL / WARIS TERDEKAT

- Pendaftaran OKU** boleh dibuat di mana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah dengan mengemukakan dokumen-dokumen berikut:
  - Borang Permohonan Pendaftaran OKU (BPPOKU) Pindaan 2/2019 yang lengkap, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan yang berdaftar dengan Malaysia Medical Council (MMC) atau Pakar Perubatan yang berdaftar dengan National Specialist Registrar (NSR)
  - 1 salinan sijil kelahiran / MyKid / MyKad
  - 1 keping gambar berukuran passport bagi pemegang sijil kelahiran / MyKid sahaja.
- Bagi kes yang mempunyai ketidakupayaan jelas iaitu kudung kaki, kudung tangan, kudung ibu jari tangan atau kudung ibu jari kaki sahaja dikecualikan daripada pengesahan Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan.
- 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 tujuan pendaftaran persekolahan
  - 1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan

### BAHAGIAN A : BIODATA PEMOHON (hendaklah diisi oleh Pemohon / Wakil / Waris Terdekat)

#### MAKLUMAT PERIBADI

1. No. MyKad/MyKid

2. No. KP Tentera

3. Nama Penuh : .....

4. Status Perkahwinan ☐ Tidak Berkahwin ☐ Berkahwin ☐ Balu/ Duda ☐ Berceraai ☐ 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 WARIS TERDEKAT**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. No MyKad                | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2. No. Pasport                                       | <input type="text"/>                                                                                                                            |
| 3. Nama Penuh : .....      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                                                                                                 |
| 4. Warganegara             | <input type="checkbox"/> Malaysia                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan): ..... | 5. Hubungan : <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Bapa <input type="checkbox"/> Suami/isteri <input type="checkbox"/> Penjaga |
| 6. Pekerjaan               | <input type="checkbox"/> Saudara kandung <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) .....                                                                                                                                                                                          |                                                      |                                                                                                                                                 |
| 7. Pendapatan Sebulan (RM) | <input type="checkbox"/> Di bawah RM500.00 <input type="checkbox"/> RM500.00-RM999.00 <input type="checkbox"/> RM1,000.00-RM1,999.00 <input type="checkbox"/> RM2,000.00-RM2,999.00<br><input type="checkbox"/> RM3,000.00-RM3,999.00 <input type="checkbox"/> RM4,000.00 dan ke atas |                                                      |                                                                                                                                                 |
| 8. Alamat Tetap            | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      | 9. Poskod <input type="text"/>                                                                                                                  |
| 10. Bandar                 | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      | 11. Negeri                                                                                                                                      |
| 12. No. Tel. Rumah         | <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                           | 13. No. Tel. Pejabat                                 | <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                     |
| 14. No. Tel. Bimbit        | <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                           | 15. Alamat E-mel                                     | .....                                                                                                                                           |
| 16. Alamat Surat-Menyurat  | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      | 17. Poskod <input type="text"/>                                                                                                                 |
| 18. Bandar                 | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      | 19. Negeri                                                                                                                                      |

**BAHAGIAN B: PENGESAHAN PERMOHONAN PENDAFTARAN (UNTUK KETIDAKUPAYAAN JELAS SAHAJA)***(Hendaklah diisi dan ditanda (✓) pada ruang yang berkenaan oleh Penolong Pendaftar bagi pemohon yang mempunyai ketidakupayaan jelas)*

|                                           |                                                            |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. Keperluan Pengesahan Pegawai Perubatan | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Keterangan Kurang Upaya                | .....                                                      |
|                                           | .....                                                      |

(Tandatangan Penolong Pendaftar)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

Tarikh :

**BAHAGIAN C: KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN***(Hendaklah diisi oleh pemohon/waris terdekat bagi permohonan yang memerlukan diagnosa perubatan)*

|         |       |                       |                      |
|---------|-------|-----------------------|----------------------|
| 1. Saya | ..... | 2. No. Kad Pengenalan | <input type="text"/> |
|---------|-------|-----------------------|----------------------|

(Nama/No. KP pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kandung/lain-lain....., 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 | <input type="checkbox"/> Sendiri                            | <input type="checkbox"/> Ibu | <input type="checkbox"/> Bapa | <input type="checkbox"/> Suami/Isteri | <input type="checkbox"/> Penjaga | <input type="checkbox"/> Saudara kandung |
|             | <input type="checkbox"/> Lain-lain Hubungan, Nyatakan ..... |                              |                               |                                       |                                  |                                          |

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| 4. Tarikh | <input type="text"/> |
|-----------|----------------------|

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

**BAHAGIAN D : DIAGNOSA PERUBATAN MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN***(Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan. Sila rujuk Jadual 1 di mukasurat 6).**(Ditulis dengan JELAS dan HURUF BESAR)*

|                    |       |
|--------------------|-------|
| 1. Diagnosis Utama | ..... |
|                    | ..... |

|                      |                                                 |                                                      |
|----------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 2. Keadaan Pesakit : | <input type="checkbox"/> Tidak boleh dipulihkan | <input type="checkbox"/> Berpotensi untuk dipulihkan |
|                      | Nyatakan tempoh masa : .....                    |                                                      |

|             |       |
|-------------|-------|
| 3. Tarikh : | ..... |
|-------------|-------|

(Tandatangan Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Pakar Perubatan)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

No. Pendaftaran MMC :

**BAHAGIAN E : MAKLUMAT BERKENAAN KURANG UPAYA (DISABILITY)**

(Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan) Tandakan (✓) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian. Sila tanda lebih daripada satu sekiranya berkenaan. Sila rujuk Jadual 2 di mukasurat 6)

☐**I : PENDENGARAN**☐ **Bilateral Hearing Loss**

Tahap pendengaran (Purata 4 frekuensi pada 500Hz, 1KHz, 2KHz, 4KHz)

Telinga Kanan .....dBHL      Telinga Kiri ..... dBHL

Sila tandakan pada petak mengikut tahap pendengaran di telinga yang lebih baik ( *better hearing ear* )

- ☐ Ringan kanak-kanak (30-40 dBHL)    ☐ Ringan dewasa (40 dBHL)
- ☐ Sederhana ( *moderate* ) (41-70 dBHL)
- ☐ Teruk ( *severe* ) (71-90 dBHL)    ☐ Sangat teruk (91 dBHL dan ke atas)

☐ **Single Sided Deafness (SSD)**

Hanya bagi kes sangat teruk (profound) 91 dBHL dan ke atas di sebelah telinga sahaja berdasarkan purata 4 frekuensi pada : (500Hz, 1KHz, 2KHz, 4KHz)

☐ Telinga Kanan .....dBHL    ☐ Telinga Kiri ..... dBHL

☐ **Kecacatan Telinga Kekal/ Sindrom Berkaitan**

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Otorinolaringologi)

- ☐ Microtia Unilateral    ☐ Microtia Bilateral
- ☐ Atresia Unilateral    ☐ Atresia Bilateral
- ☐ Anotia Unilateral    ☐ Anotia Bilateral

☐ **Lain-lain (Nyatakan : ..... )**

(Tandatangan) .....  
 Jawatan/Cop Rasmi  
 Pegawai Pemulihan Pendengaran

(Tandatangan) .....  
 Jawatan/Cop Rasmi  
 Pakar Otorinolaringologi

☐**II. PERTUTURAN**

(Bagi kanak-kanak, mestilah berdasarkan penilaian pada umur lima (5) tahun ke atas atau umur yang lebih awal bagi kes tertentu yang disahkan Pakar)

☐ **Kecelaruhan Pertuturan dan Bahasa /Kecelaruhan komunikasi kompleks (Complex Communication Disorders)**

- ☐ Pediatric speech and language disorders (kanak-kanak)
- ☐ Aphasia (Dewasa)
- ☐ Lain-lain (Nyatakan : .....)

☐ **Kecelaruhan Pertuturan Motor (Motor Speech Disorder)**

- ☐ Apraxia    ☐ Dysarthria
- ☐ Lain-lain (Nyatakan : .....)

☐ **Kecelaruhan Suara (Voice Disorder)**

- ☐ Dysphonia    ☐ Aphonía
- ☐ Lain-lain (Nyatakan : .....)

☐ **Kecelaruhan Kelancaran Pertuturan / Kegagapan (Fluency Disorder)**

- ☐ Stuttering    ☐ Cluttering
- ☐ Lain-lain (Nyatakan : .....)

☐ **Kecelaruhan Resonan (Resonance Disorder)**

- ☐ Hypernasality    ☐ Hyponasality
- ☐ Lain-lain (Nyatakan : .....)

(Tandatangan) .....  
 Jawatan/Cop Rasmi  
 Pegawai Pemulihan Pertuturan

(Tandatangan) .....  
 Jawatan/Cop Rasmi  
 Pakar Otorinolaringologi

☐**III : 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 Oftalmologi)

☐**IV: 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

Sekiranya pemohon mempunyai lebih daripada satu (1) sub kategori, sila nyatakan yang dominan :

\_\_\_\_\_

**BAHAGIAN E (SAMBUNGAN): MAKLUMAT BERKENAAN KURANG UPAYA (DISABILITY)**☐ **V: 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) : .....☐ **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, Other mental disorder due to brain damage and dysfunction)☐ **Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders**  
(Schizoaffective Disorders; Persistent Delusional Disorder; Other Non Organic 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 Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar.

Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan

- |                                         |                                        |                                          |                                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. Pendengaran <input type="checkbox"/> | 3. Pertuturan <input type="checkbox"/> | 5. Pembelajaran <input type="checkbox"/> | Nyatakan satu (1) sub kategori yang dominan:.....            |
| 2. Penglihatan <input type="checkbox"/> | 4. Fizikal <input type="checkbox"/>    | 6. Mental <input type="checkbox"/>       | 7. Pelbagai (Multiple Disabilities) <input type="checkbox"/> |

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

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar

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 Berkommunikasi**

|                                |                                               |                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tiada | <input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa | <input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|

**IV. Masalah Tingkah Laku**

|                                |                                               |                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tiada | <input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa | <input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|

**BAHAGIAN H : JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN (KANAK-KANAK DAN DEWASA)**

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar

Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan (Sila rujuk Jadual 3 di mukasurat 6)

| BIL  | DOMAIN                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TAHAP        |                           |                             |                                          |                  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0<br>(Tiada) | 1<br>(Sukar/<br>Terjejas) | 2<br>(Bantuan<br>Peralatan) | 3<br>(Bantuan<br>Penjaga &<br>Peralatan) | 4<br>(Terlantar) |
| I.   | <b>Ketidakupayaan Urus Diri</b><br>(Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi)                                                                                                                                                                                                    |              |                           |                             |                                          |                  |
| II.  | <b>Ketidakupayaan Pergerakan</b><br>(Berjalan, perpindahan tubuh badan/"transfer", memandu/"transport")                                                                                                                                                                                   |              |                           |                             |                                          |                  |
| III. | <b>Ketidakupayaan Kemahiran Domestik</b><br>(Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah)                                                                                                                                                    |              |                           |                             |                                          |                  |
| IV.  | <b>Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/"Dexterity functions".</b><br>(Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki)                                                                                                              |              |                           |                             |                                          |                  |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (Tiada)      | (Ringan)                  | (Ketara)                    | (Teruk)                                  | (Amat Teruk)     |
| V.   | <b>Ketidakupayaan fungsi sosial</b><br>Kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat atau tempat kerja/sekolah secara wajar.<br>Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelakkan diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja |              |                           |                             |                                          |                  |
| VI.  | <b>Ketidakupayaan fungsi kognitif</b><br>Kemampuan daya ingatan, tumpuan, menyiapkan sepenuhnya (persistence) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti.<br>Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu  |              |                           |                             |                                          |                  |
| VII. | <b>Ketidakupayaan kawalan tingkah laku</b><br>Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecah objek, tidak berpakaian di khalayak umum, menyerang orang lain                                                                                                |              |                           |                             |                                          |                  |

### BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN / PENGAMAL PERUBATAN / PAKAR PERUBATAN / PENOLONG PENDAFTAR

*Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar*

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 Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / 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)*

i. Sekolah Pendidikan Khas ☐

ii. Program Pendidikan Khas Integrasi ☐

iii. Program Pendidikan Inklusif ☐

Nama Sekolah : .....

.....  
(Tandatangan)

NAMA :

Tarikh: .....

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:

### BAHAGIAN M : SLIP AKUAN PENERIMAAN BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN OKU

NAMA : \_\_\_\_\_ No. Rujukan Pendaftaran : \_\_\_\_\_

NO. KAD PENGENALAN \_\_\_\_\_ Tarikh didaftarkan dalam SMOKU : \_\_\_\_\_

Permohonan Pendaftaran Orang Kurang Upaya (OKU) tuan/puan telah diterima pada \_\_\_\_\_ dan sedang diambil tindakan. Sekiranya tuan/puan tidak mendapat sebarang maklumbalas daripada pihak kami dalam tempoh 30 hari daripada tarikh permohonan lengkap diterima, sila hubungi Pejabat Kebajikan Masyarakat Negeri/ Daerah/ Jajahan/ Bahagian \_\_\_\_\_ di talian \_\_\_\_\_

.....  
(Tandatangan)  
Cop Nama dan Jawatan

**PANDUAN MENGISI BORANG****Jadual 1 : Jenis Pendaftaran dan keperluan permohonan pendaftaran OKU**

| BIL  | PERKARA                               | PENERANGAN                                                                                                                                                                                                                                                                                    | KEPERLUAN PERMOHONAN  |                       |                            |                              |                     |
|------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------|
| 1    | <b>JENIS PENDAFTARAN</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mengisi Borang BPPOKU | Salinan MyKad / MyKid | Gambar berukuran passport  | Pengesahan Pegawai Perubatan | Kelulusan Pendaftar |
| i.   | Pendaftaran Baharu                    | Permohonan pendaftaran OKU dibuat kali pertama                                                                                                                                                                                                                                                | ✓                     | ✓                     | Bagi pemegang MyKid sahaja | ✓                            | ✓                   |
| ii.  | Pendaftaran Semula                    | Pendaftaran yang dibuat semula bagi pemegang Kad OKU lama yang berdaftar sebelum tahun 2011                                                                                                                                                                                                   | ✓                     | ✓                     |                            | ✓                            | ✓                   |
| iii. | Perubahan Kategori / Sub Kategori OKU | Permohonan yang dibuat sekiranya terdapat perubahan kategori / sub kategori daripada permohonan asal.                                                                                                                                                                                         | ✓                     | -                     | -                          | ✓                            | ✓                   |
| iv.  | Penggantian Kad                       | Permohonan penggantian Kad OKU adalah untuk keadaan seperti berikut:<br>i. Kad OKU rosak/ hilang;<br>ii. Perubahan alamat; dan<br>iii. Cetakan sub kategori pembelajaran pada Kad OKU bagi OKU pembelajaran yang telah dinyatakan sub kategori dalam SMOKU atau di mana-mana laporan bertulis | -                     | -                     | -                          | -                            | -                   |

**Jadual 2 : Keperluan Pengesahan mengikut Kategori OKU**

| BIL  | BAHAGIAN E                                                                                    | PENGESEHAN                                         |                                                     |                               |                              |                    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------|
| 1    | <b>KATEGORI OKU</b>                                                                           | Pakar Perubatan (berdaftar dengan NSR)             | Pegawai / Pengamal Perubatan (berdaftar dengan MMC) | Pegawai Pemulihan Pendengaran | Pegawai Pemulihan Pertuturan | Penolong Pendaftar |
| i.   | Kurang Upaya Pendengaran                                                                      | ✓<br>(Pakar ORL)                                   |                                                     | ✓                             |                              |                    |
| ii.  | Kurang Upaya Penglihatan                                                                      |                                                    | ✓                                                   |                               |                              |                    |
| iii. | Kurang Upaya Pertuturan                                                                       | ✓<br>(Pakar ORL)                                   |                                                     |                               | ✓                            |                    |
| iv.  | Kurang Upaya Fizikal                                                                          |                                                    | ✓                                                   |                               |                              |                    |
|      | - Jelas (kudung tangan, kudung kaki, kudung ibu jari tangan atau kudung ibu jari kaki sahaja. |                                                    |                                                     |                               |                              | ✓                  |
|      | - Tidak jelas                                                                                 |                                                    | ✓                                                   |                               |                              |                    |
| v.   | Kurang Upaya Pembelajaran                                                                     |                                                    | ✓                                                   |                               |                              |                    |
| vi.  | Kurang Upaya Mental                                                                           | ✓<br>Pakar Psikiatri                               |                                                     |                               |                              |                    |
| vii. | Kurang Upaya Pelbagai                                                                         | Berdasarkan pengesahan mengikut kategori berkaitan |                                                     |                               |                              |                    |

**Jadual 3 : Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan Dewasa**

|   |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>BAHAGIAN G</b>                 | Tahap Kefungsian Bagi Kanak-Kanak (di bawah umur 18 tahun)                                                                                                                                                                                                                                                | Boleh diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar |
|   | <b>BAHAGIAN H</b>                 | Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan dewasa                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                |
|   | <b>Penentuan Tahap Kefungsian</b> | i. Seseorang boleh didaftarkan sebagai OKU sekiranya menghadapi kesukaran sekurang-kurangnya tiga (3) domain pada tahap 1 atau sekurang-kurangnya (satu) 1 domain pada tahap 2; dan<br>ii. Skala pemarkahan ini dikecualikan bagi kanak-kanak dan OKU Kategori penglihatan, pendengaran dan pembelajaran. |                                                                                                |