



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

- 1 **Pendaftaran OKU** boleh dibuat di mana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah dengan mengemukakan dokumen-dokumen berikut:
- Borang Permohonan Pendaftaran OKU (BPPOKU) Pindaan 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 Register of Malaysia (NSR)
 - 1 salinan sijil kelahiran / MyKid / MyKad
 - 1 keping gambar berukuran passport bagi pemegang sijil kelahiran / MyKid sahaja.
- 2 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.
- 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 tujuan pendaftaran persekolahan
 - 1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan
- 4 Bagi pemohon yang telah terhenti menjadi OKU mengikut Seksyen 25(3) Akta Orang Kurang Upaya 2008, Kad OKU hendaklah diserahkan semula kepada Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah yang berhampiran.

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

(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	☐ Sendiri	☐ Ibu	☐ Bapa	☐ Suami/Isteri	☐ Penjaga	☐ Saudara kandung
	☐ Lain-lain Hubungan, Nyatakan					

4. Tarikh	
-----------	----------------------

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

BAHAGIAN D : DIAGNOSA PERUBATAN MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN (OKU FIZIKAL SAHAJA)*(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 :	☐ Tidak boleh dipulihkan	☐ Berpotensi untuk dipulihkan	} (Perlu dilengkapkan bagi permohonan pendaftaran OKU kategori fizikal sahaja)
	Nyatakan tempoh masa :		

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

(Tandatangan Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Pakar Perubatan)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

No. Pendaftaran NSR/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 KanandBHL 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 KanandBHL ☐ 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 Perubatan (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 Perubatan (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 fiksasi

☐ **Buta di kedua-dua belah mata**

Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fiksasi

☐ **Buta di sebelah mata**

Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fiksasi

☐ **Lain-lain gangguan penglihatan kekal**

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Oftalmologi)

☐ **IV: PEMBELAJARAN**☐ **Global Developmental Delay (GDD)**

(Kanak-kanak berumur < 5 tahun)

- ☐ 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** Nyatakan:☐ Acquired ☐ Congenital☐ **Spinal Cord Injury**☐ **Stroke**☐ **Kerdil (cth : Achondroplasia)**☐ **Traumatic Brain Injury**☐ **Cerebral Palsy**☐ Hemiplegia ☐ Diplegia ☐ Quadriplegia☐ Lain-lain (Nyatakan) :☐ **Lain-lain** (Cth : *Duchenne Muscular Dystrophy* dan penyakit kronik yang menyebabkan kurang upaya fizikal)

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 ☐	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 SAHAJA)

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

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 (KANAK-KANAK DAN DEWASA)**

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar (optional bagi kanak-kanak)

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

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Sukar/ Terjejas)	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)					
		(Tiada)	(Ringan)	(Ketara)	(Teruk)	(Amat Teruk)
V.	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					
VI.	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					
VII.	Ketidakupayaan kawalan tingkah laku 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 :

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	JENIS PENDAFTARAN		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: i. Kad OKU rosak/ hilang; ii. Perubahan alamat; dan 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	KATEGORI OKU	Pakar Perubatan (berdaftar dengan NSR)	Pegawai / Pengamal Perubatan (berdaftar dengan MMC)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pendengaran)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)	Penolong Pendaftar
i.	Kurang Upaya Pendengaran	✓ (Pakar ORL)		✓		
ii.	Kurang Upaya Penglihatan		✓			
iii.	Kurang Upaya Pertuturan	✓ (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 (Pengisian tahap pada sub kategori adalah optional)		✓			
vi.	Kurang Upaya Mental	✓ Pakar Psikiatri				
vii.	Kurang Upaya Pelbagai	Berdasarkan pengesahan mengikut kategori berkaitan				

Jadual 3 : Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan Dewasa

1	BAHAGIAN G	Tahap Kefungsian Bagi Kanak-Kanak (di bawah umur 18 tahun)	Boleh diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar
2	BAHAGIAN H	Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan dewasa	
Penentuan Tahap Kefungsian		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 ii. Skala pemarkahan ini dikecualikan bagi kanak-kanak dan OKU Kategori penglihatan, pendengaran, pertuturan dan pembelajaran.	