

No. K/P :

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI
(Ministry Of Higher Education)

Borang KPM (SLPP) 1A/14
1/2

Borang Maklumat Pegawai
Skim Hadiah Latihan Persekutuan
Bagi Staf Bukan Akademik IPTA

ARAHAN

1. Sila kemukakan borang ini dengan segera setelah mendapat tawaran kemasukan ke Universiti dan diluluskan Cuti Belajar Bergaji Penuh daripada majikan.
2. Borang yang lewat diterima / tanpa disertakan dokumen yang lengkap akan lewat diproses / tidak akan diproses.
3. Isikan dengan jelas, gunakan **DAKWAT BIRU** dan **HURUF BESAR** sahaja dalam dua (2) salinan.
4. Isikan dengan jelas, di Para E,G,H dan I. Turunkan tandatangan di ruang-ruang berkenaan.
5. Sila semak maklumat-maklumat yang tertera dalam borang ini.
Sekiranya ada kesilapan sila pinda dengan **DAKWAT MERAH**.
6. Kementerian Pendidikan Malaysia berhak membatalkan permohonan ini sekiranya didapati maklumat yang diberikan tidak benar.

A. BUTIR-BUTIR KURSUS YANG DIPOHON

01. Program :
02. Bidang Kursus :
03. Peringkat Pengajian :
04. Mod Pengajian : Penyelidikan Campuran Kerja Kursus
05. Tajuk Penyelidikan :
06. Tempat Kursus / Institusi :

B. BUTIR-BUTIR DIRI

01. Nama Pemohon :
02. No. Kad Pengenalan (Baru) :
03. Alamat Tempat Bertugas :
04. No. Telefon :
05. Tarikh Lahir :
06. Taraf Perkahwinan :
07. Keturunan :
08. Jantina :
09. Agama :
10. Warganegara :
11. Alamat Surat-menyurat :
12. Alamat Emel :
13. No. Telefon :
14. No. Telefon Bimbit :

C. BUTIR-BUTIR PERKHIDMATAN

01. Skim Perkhidmatan :
02. Nama Gelaran Jawatan :
03. Tarikh Lantikan Ke Skim Perkhidmatan Sekarang :
04. Tarikh Disahkan Dalam Jawatan Sekarang :
05. Tempoh Berkhidmat Dalam Jawatan Sekarang :
06. Tarikh Kelulusan Pengisytiharan Harta Kali Pertama :
07. Tarikh Kelulusan Pengisytiharan Harta Terkini :

D. BUTIR-BUTIR AKADEMIK

01. Kelayakan Akademik Tertinggi :
02. Gred / Kelas / CGPA :
03. Institusi Pengajian :
04. Bidang Kursus :

E. BUTIR-BUTIR KELULUSAN CUTI BELAJAR BERGAJI PENUH (sebelum mengisi bahagian ini sila dapatkan kelulusan Cuti Belajar Bergaji Penuh daripada majikan terlebih dahulu.)

01. Jenis Cuti Belajar :
02. Penganjur : Nyatakan :
03. Tarikh Diluluskan : hingga
04. Tempoh Kursus : (Bulan)

F. DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DISERTAKAN

Bersama-sama ini saya sertakan salinan dokumen-dokumen yang disahkan (1 salinan) seperti berikut :

01. Surat Tawaran Tempat Kursus / Tawaran Kemasukan Universiti (**Tahun Semasa**).
02. Surat Kelulusan Cuti Belajar Bergaji Penuh Dengan Biasiswa daripada majikan.
03. Surat Tawaran Sementara Biasiswa.
04. Salinan Kenyataan Perkhidmatan yang kemaskini.
05. Surat Pengiktirafan Kelayakan (jika berkenaan).
06. Salinan Diploma / Ijazah Asas / Sarjana.
07. Salinan Surat Beranak dan Kad Pengenalan.
08. Salinan Muka Surat yang memaparkan Nama Dan No. Akaun Bank.
- 7.1 Akaun Bank Islam / (Universiti Tempatan)
- 7.2 Akaun Bank di Luar Negara (Universiti Luar Negara)
09. Salinan Sijil Kursus Analisis Kuantitatif

G. PENGAKUAN PEGAWAI

Saya mengaku bahawa saya telah memenuhi semua syarat-syarat yang ditetapkan oleh Kementerian Pendidikan Tinggi untuk mengikuti kursus. Saya juga mengaku bahawa segala keterangan yang diberi di atas adalah benar dan betul.

.....
Tandatangan Pemohon

.....
Tarikh

PENGESAHAN KELAYAKAN ELAUN PENEMPATAN BAGI STAF BUKAN
AKADEMIK IPTA YANG MENGIKUTI KURSUS DI DALAM/LUAR NEGARA

(hendaklah diisi oleh pegawai yang menerima tawaran Hadiah Latihan Persekutuan)

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : (Lama) : _____ (Baru) : _____

Peringkat Kursus Yang Dihadiri : _____

Tempat Kursus (IPT) : _____

Tempoh Kursus : Dari _____ hingga _____

Nama * Suami / Isteri : _____

Alamat Rumah Lama : _____

Alamat Rumah Terbaru : _____

No. Telefon Rumah Terbaru : _____

Jarak rumah lama dengan rumah terbaru : _____ km

Jarak rumah terbaru dengan tempat pengajian : _____ km

MAKLUMAT PERPINDAHAN :

i) Bujang

ii) Berkeluarga

Berikut adalah ahli keluarga yang akan tinggal bersama saya sepanjang tempoh kursus mulai

(tarikh berpindah) sehingga _____

A. * Suami / Isteri : _____

B. Anak : _____

	Nama	Tarikh Lahir / Umur
(i)	_____	_____
(ii)	_____	_____
(iii)	_____	_____

Saya mengaku bahawa segala butir-butir yang dinyatakan di atas adalah benar. Saya juga mengaku bahawa *isteri/suami dan anak saya tinggal bersama saya sepanjang tempoh kursus.

Tarikh : _____

*Potong mana yang tidak berkenaan

Tandatangan Pemohon

PENGESAHAN KETUA JABATAN

Saya mengesahkan bahawa pegawai berpindah rumah kerana mengikuti kursus.

Tarikh :

.....
(Tandatangani dan Cop Rasmi
Ketua Jabatan)

Untuk Kegunaan Bahagian Biasiswa KPT

Permohonan diluluskan/tidak diluluskan

EPT RM

Tarikh :

.....
(.....)

Nama & Tandatangani Pegawai Yang Meluluskan

Catatan :

Syarat-syarat layak dibayar Elaun Penempatan :

- i) Perpindahan haruslah melebihi 25 km dari rumah lama.
- ii) Tuntutan hendaklah dikemukakan dalam tahun semasa.
- iii) Berkuatkuasa 1 Julai 2007.



SCHOLARSHIP DIVISION
Bahagian Biasiswa
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION
MALAYSIA
Kementerian Pendidikan Tinggi (KPT)

HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION FORM
Borang Pengakuan dan Pemeriksaan Kesihatan

Instruction : (Kindly use BLACK ink ball pen only to fill up this form)

- (i) Health Declaration - to be completed by student
- (ii) Medical Examination - to be completed by certified physician

Note : Student is responsible to return this form to MOE once completed

Arahan : (Sila gunakan pen mata bola berdwat HITAM sahaja untuk mengisi borang ini)

- (i) Pengakuan Kesihatan - diisi oleh pelajar
- (ii) Pemeriksaan Kesihatan - diisi oleh pegawai perubatan yang diiktiraf

Nota : Pelajar adalah bertanggungjawab untuk mengembalikan borang yang telah lengkap diisi ke KPM

PERSONAL DETAILS

Maklumat Peribadi

Name :
Nama :

I.C.No :
No.K/P :

Date of Birth :
Tarikh Lahir :

/ /

Sex : M [] F [] Marital Status : Single [] Married [] Other : _____
Jantina: L P Status Perkahwinan: Bujang Kahwin Lain-lain

Home Address
Alamat Kediaman

Contact Number
No untuk dihubungi

(H) R :
(H/P) T/B :

Name, relationship and address of next of kin
Nama, hubungan dan alamat waris

Contact Number
No untuk dihubungi

(H) R :
(H/P) T/B :

HEALTH DECLARATION

Pengakuan Kesehatan

Have you ever suffered any of the following conditions ?

Pernahkan anda mengalami masalah-masalah kesehatan berikut ?

Please mark x in appropriate column

Tandakan x di ruang berkenaan

SN	ILLNESS	YES	NO
1.	Psychiatric illness / (Sakit Jiwa)		
2.	Epilepsy / (Sawan)		
3.	Migraine / (Migrain)		
4.	Hysteria / (Histeria)		
5.	Allergic Rhinitis / (Resedung)		
6.	Asthma / (Lelah)		
7.	Tuberculosis (PTB) / (Batuk Kering)		
8.	Hypertension (HPT) / (Darah Tinggi)		
9.	Diabetes Mellitus (DM) / (Kencing Manis)		
10.	Heart Diseases / (Penyakit Jantung)		
11.	Thyroid Diseases / (Penyakit Tiroid)		
12.	Kidney Diseases / (Penyakit Buah Pinggang)		
13.	Gastric / (Penyakit Gastrik)		
14.	HIV / AIDS		
15.	Cancer / (Barah)		
16.	Venereal Diseases / (Penyakit Kelamin)		
17.	Leukemia / (Leukimia)		
18.	Hepatitis / (Hepatitis)		

Please State (*Sila Nyatakan*)

Other illnesses / (*Penyakit-penyakit lain*)

Operation / Surgical / (*Pembedahan*)

Allergic / (*Alahan*)

Family Medical History (*Sejarah Perubatan Keluarga*)

Disability / Handicap / (*Kecacatan*)

I hereby certify that the above information is true and complete, and agree that any misrepresentation or deliberate omissions of a material fact on this form may result in my not being permitted to enter a program, or may result in termination. I hereby grant Scholarship Division, Ministry of Education Malaysia, permission to share information contained in my Medical Examination Form.

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap, dan bersetuju sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar atau dengan sengaja tidak menyatakan perihal sebenar di dalam borang ini akan menyebabkan saya tidak dibenarkan mengikuti program yang ditawarkan atau menghadapi kemungkinan ditamatkan daripada program. Saya, dengan ini memberi kebenaran kepada Bahagian Biasiswa, KPT untuk berkongsi maklumat yang terdapat di dalam Borang Pemeriksaan Kesihatan saya.

X

Signature
Tandatangan

Date
Tarikh

CONFIDENTIAL

MEDICAL EXAMINATION

(Physician must complete all question and give additional comment where necessary. Kindly note that physician is responsible for the information, suggestion and recommendation regarding the student's health given in this form)

Student Name

Date of Birth

/ /

PHYSICAL EXAMINATION

WEIGHT	HEIGHT
BLOOD PRESSURE	PULSE
SKIN	COLOR
EYE VISION TEST (RT)	EYE VISION (LT)

Are there abnormalities of the following systems? If yes, describe fully using additional sheet if necessary.

SN	SYSTEMS	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
1	Skin			
2	Head			
3	Eyes			
4	Ears			
5	Nose			
6	Mouth			
7	Neck			
8	Chest			
9	Breasts			
10	Cardiovascular			
11	Syncope			
12	Chest Pain			
13	Heart Murmur			
14	Abdomen			
15	Genitourinary			
16	Extremities			
17	Neurologic			

URINE TEST

NAD		WBC		RBC		PROTEIN		GLUCOSE	
------------	--	------------	--	------------	--	----------------	--	----------------	--

HEPATITIS TEST

POSITIVE		NEGATIVE	
-----------------	--	-----------------	--

PREGNANCY TEST

POSITIVE		NEGATIVE	
-----------------	--	-----------------	--

If the student now under treatment for any physical or emotional condition?

Do you have any recommendations for the health care of this student ?

By history and physical examination, is this student a carrier of any communicable disease ?

RESULT

Medically fit		Unfit		Limited Capability	
----------------------	--	--------------	--	---------------------------	--

X

Physician Signature

Date

Post and Qualification

Note : In completing this form, particular attention should be paid to the following points :-

- a) X-ray of chest to rule out any tuberculosis or chronic pulmonary disease: where the film is entirely normal it needs not be forwarded, but if any abnormality is noted the film should be sent with this report.
- b) Kidneys – no evidence of renal lesion should be present
- c) Eyesight – severe errors of refraction should be not be passed as these should only give trouble during the years of study
- d) Hearing – deafness should be considered a definite bar

