





**BAHAGIAN D : MAKLUMAT BERKAITAN PENYAKIT (yang menyebabkan ketidakupayaan)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

(Bagi penyakit mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

Diagnosis Utama.....

.....

.....

.....

Tarikh : .....

.....

(Tandatangan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

**BAHAGIAN E : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (DISABILITY)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (√) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian (Boleh tanda lebih dari satu sekiranya berkenaan)

<p><b>I. Kurang Upaya Pendengaran</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua telinga sahaja</p> <p>Tahap Pendengaran : Telinga Kanan ..... dB      Telinga Kiri ..... dB</p> <p>Sila tanda petak mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Minimum 15 - &lt; 30 dB</td><td><input type="checkbox"/> Sederhana 30 - &lt; 60 dB</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Teruk (<i>Severe</i>) 60 - &lt; 90 dB</td><td><input type="checkbox"/> Sangat Teruk (<i>Profound</i>) ≥ 90 dB</td></tr></table> <p><b>II. Kurang Upaya Penglihatan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua mata atau buta di sebelah mata sahaja.</p> <p>Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata/kanta sentuh: Mata Kanan .....      Mata Kiri .....</p> <p>Sila tanda petak mengikut tahap penglihatan mata yang lebih baik</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Terhad di kedua-dua belah mata</b> (Penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari fixation).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Buta di kedua-dua belah mata</b> (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fixation).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Buta di sebelah mata</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Lain-lain gangguan penglihatan kekal</b> (hanya boleh disahkan oleh <b>Pakar Oftalmologi</b>) Nyatakan: .....</p> <p><b>III. Kurang Upaya Pertuturan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(Bagi kanak-kanak berumur 5 tahun ke atas) (Individu dewasa disahkan oleh pakar perubatan)</p>	<input type="checkbox"/> Minimum 15 - < 30 dB	<input type="checkbox"/> Sederhana 30 - < 60 dB	<input type="checkbox"/> Teruk ( <i>Severe</i> ) 60 - < 90 dB	<input type="checkbox"/> Sangat Teruk ( <i>Profound</i> ) ≥ 90 dB	<p><b>IV. Kurang Upaya Fizikal</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Limb Defects (Acquired/Congenital)</i> (Nyatakan) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Spinal Cord Injury</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Stroke</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Traumatic Brain Injury</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Cerebral Palsy</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hemiplegia      <input type="checkbox"/> Diplegia      <input type="checkbox"/> Quadriplegia</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-Lain (Nyatakan) : .....</p> <p>(Cth: <i>Duchennes Muscular Dystrophy, Chronic Diseases with physical disability, etc.</i>)</p> <p><b>V. Masalah Pembelajaran</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Lewat Perkembangan (<i>Global Developmental Delay</i>) (Hanya kanak-kanak berumur &lt; 5 tahun)</p> <p><input type="checkbox"/> Minimum      <input type="checkbox"/> Sederhana      <input type="checkbox"/> Teruk</p> <p><input type="checkbox"/> Sindrom Down      <input type="checkbox"/> ADHD      <input type="checkbox"/> Autisme</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang Upaya Intelektual (Kanak-Kanak berumur &gt; 5 tahun)</p> <p><input type="checkbox"/> Minimum      <input type="checkbox"/> Sederhana      <input type="checkbox"/> Teruk</p> <p><input type="checkbox"/> Masalah Pembelajaran Spesifik (Cth: <i>Dyslexia, Dyscalculia etc.</i>) Nyatakan: .....</p> <p><b>VI. Kurang Upaya Mental</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> * <i>Organic Mental Disorder</i></p> <p><input type="checkbox"/> ** <i>Schizophrenic, Paranoid &amp; other Psychotic Disorder</i></p> <p><input type="checkbox"/> ** <i>Mood Disorder (Depression, Bipolar)</i></p> <p>(* Boleh disahkan oleh Pakar Perubatan) (** Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)</p>
<input type="checkbox"/> Minimum 15 - < 30 dB	<input type="checkbox"/> Sederhana 30 - < 60 dB				
<input type="checkbox"/> Teruk ( <i>Severe</i> ) 60 - < 90 dB	<input type="checkbox"/> Sangat Teruk ( <i>Profound</i> ) ≥ 90 dB				

**BAHAGIAN F : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (√) hanya pada **SATU** kategori **SAHAJA**

I. Pendengaran	<input type="checkbox"/>	V. Masalah Pembelajaran	<input type="checkbox"/>
II. Penglihatan	<input type="checkbox"/>	VI. Mental	<input type="checkbox"/>
III. Pertuturan	<input type="checkbox"/>	VII. Pelbagai ( <i>Multiple Disabilities</i> )	<input type="checkbox"/>
IV. Fizikal	<input type="checkbox"/>		

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

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan) Tandakan (√) pada petak yang berkaitan:

<b>I. Masalah Pergerakan</b>		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya
<b>II. Masalah Mengurus Aktiviti Harian</b>		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan separa	<input type="checkbox"/> Perlu bantuan sepenuhnya
<b>III. Kaedah Berkomunikasi</b>		
<input type="checkbox"/> Bertutur	<input type="checkbox"/> Terhad/Isyarat/Alternatif	<input type="checkbox"/> Tiada kemampuan komunikasi
<b>IV. Masalah Tingkah Laku</b>		
<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Boleh diurus	<input type="checkbox"/> Sukar diurus

**BAHAGIAN H : JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN BAGI DEWASA ( UMUR 18 TAHUN DAN KE ATAS)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan )

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Sukar)	2 (Bantuan Peralatan)	3 (Bantuan Penjaga & Peralatan)	4 (Terlantar)
I.	<b>Ketidakupayaan Urus Diri</b> <i>(Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi)</i>					
II.	<b>Ketidakupayaan Pergerakan</b> <i>(Berjalan, perpindahan tubuh badan/“transfer”, memandu/“transport”)</i>					
III.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Domestik</b> <i>(Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah)</i>					
IV.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/“Dexterity functions”.</b> <i>(Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki)</i>					

**BAHAGIAN I : MAKLUMAT TAMBAHAN BERKAITAN JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengawal Perubatan)

BIL	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Ringan)	2 (Ketara)	3 (Teruk)	4 (Amat Teruk)
I.	<b>Ketidakupayaan fungsi sosial</b> <i>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</i>					
II.	<b>Ketidakupayaan fungsi kognitif</b> <i>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</i>					
III.	<b>Ketidakupayaan kawalan tingkah laku</b> <i>Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain</i>					

**BAHAGIAN J : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL PERUBATAN***(Hendaklah disahkan oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)*

Saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

TARIKH : .....

.....  
(Tandatangan Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

**BAHAGIAN K : CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN***(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)*I. Anggota tiruan/sokong bantu/ortosis 

Nyatakan .....

**CATATAN :****Pertimbangan bantuan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat****BAHAGIAN L : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN***(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan)**Sila rujuk Garis Panduan Pendaftaran Orang Kurang Upaya***I. Prasekolah (umur 5-6 tahun)** a. Prasekolah Biasa (Inklusif) b. Prasekolah Khas **II. Program Pendidikan** a. Kelas Biasa (Inklusif) b. Program Pendidikan Khas Integrasi c. Program Pemulihan d. Sekolah Pendidikan Khas **III. Lain-Lain** a. Pusat Pemulihan Dalam b. Institusi Lain 

Komuniti (PDK)

Nyatakan : .....

**CATATAN :****Pertimbangan penempatan persekolahan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Pelajaran Negeri/Pejabat Pelajaran Daerah****BAHAGIAN M : PENEMPATAN PERSEKOLAHAN PERINGKAT AWAL***(Hendaklah diisi oleh Pegawai Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah)*

Penempatan awal persekolahan anak tuan/puan adalah seperti berikut :

NAMA SEKOLAH : .....

TARIKH : .....

.....  
(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI :

## MAKLUMAT UNTUK PEMOHON/IBU/ BAPA/ PENJAGA

1. **Pendaftaran OKU**, boleh dibuat dimana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah bersama dokumen-dokumen berikut:
  - **Borang Permohonan Pendaftaran Kurang Upaya** yang lengkap, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan yang memeriksa.
  - **1 salinan Sijil Kelahiran / Kad Pengenalan.**
  - **1 keping gambar** berukuran saiz Pasport. *(Dalam kes-kes tertentu sahaja)*
2. Bagi kes-kes yang mempunyai ketidakupayaan yang jelas atau ketara seperti kudung tangan, kudung kaki dikecualikan dari pengesahan pegawai perubatan atau pengamal perubatan.
3. Sekiranya tuan/puan tidak menerima Kad OKU dalam tempoh **1 bulan** dari tarikh permohonan sila berhubung dengan Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah berkenaan.
4. **Pendaftaran Semula**
  - Pendaftaran semula boleh dilakukan sekiranya terdapat penukaran diagnosis, kategori OKU dengan mengisi borang berkenaan dan hantar ke Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah untuk tindakan.
5. Tuan/Puan perlu membuat salinan borang yang telah dilengkapkan untuk tujuan berikut :
  - **1 salinan borang diserahkan kepada pihak Hospital/Klinik.**
  - **1 salinan borang ke Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah bagi pendaftaran persekolahan anak**
  - **1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan.**

### MAKLUMAT KEPADA PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL PERUBATAN

- Borang ini boleh disahkan oleh Pegawai Perubatan atau Pengamal Perubatan. Bagi Kurang Upaya Mental sila rujuk dibahagian E (VI) dalam borang.

### MAKLUMAT KEPADA PEGAWAI JABATAN PELAJARAN NEGERI / PEJABAT PELAJARAN DAERAH

- Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pelajaran Daerah hendaklah mengambil maklum tentang pendaftaran dan penempatan sekolah bagi OKU berkenaan.