

**BORANG PENDAFTARAN DAN CADANGAN PENEMPATAN
ORANG KURANG UPAYA (18 tahun ke atas)
Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia**

JKMM. DAFTAR OKU 1/2003

No. Pendaftaran OKU :

BAHAGIAN A : BIODATA PEMOHON *(diisi oleh pemohon)*

Tarikh Daftar :

<p>NAMA : <input type="text"/></p> <p>JANTINA : Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/></p> <p>KUMPULAN ETNIK</p> <p><input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> India</p> <p><input type="checkbox"/> Orang Asli <input type="checkbox"/> Bumiputra Sabah <input type="checkbox"/> Bumiputra Sabah</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain. Nyatakan: <input type="text"/></p> <p>TARIKH LAHIR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>UMUR : Hari Bulan Tahun</p> <p>NO. KAD PENGENALAN :</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TARAF PENDIDIKAN :</p> <p>Pekerjaan :</p> <p>Pendapatan Sebulan: RM</p>	<p>No Telefon:</p> <p>Rumah: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pejabat: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>H/P: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>E-mail:</p> <p>.....</p> <p>IBU / BAPA / PENJAGA *</p> <p>Nama:</p> <p>Kad Pengenal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Warganegara: <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain Nyatakan.....</p> <p>Pekerjaan :</p> <p>Pendapatan Sebulan: RM</p>
---	---

<p>Alamat Rumah:</p> <p>.....</p> <p>Alamat Surat Menyurat:</p> <p>.....</p>	<p>Poskod:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Poskod:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	---

BAHAGIAN B : MAKLUMAT KECAKATAN DAN CADANGAN PENEMPATAN
(Diisi oleh Pegawai Kebajikan)

1. Tarikh mendapat kecacatan :
(bulan & tahun)

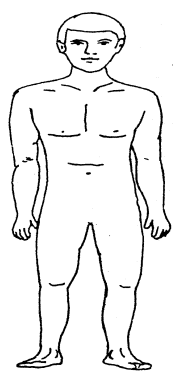
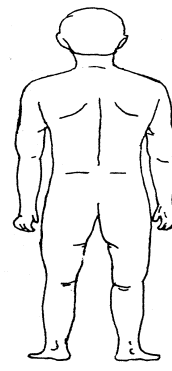
2. Sebab kecacatan :

a. Sejak lahir	<input type="checkbox"/>
b. Kecederaan	<input type="checkbox"/>
c. Jangkitan penyakit	<input type="checkbox"/>
d. Kurang zat makanan	<input type="checkbox"/>

3. Sudahkan mendapat rawatan dan pemulihan latihan

Rawatan	Latihan	Pemulihan
Sudah <input type="checkbox"/>	Sudah <input type="checkbox"/>	Sudah <input type="checkbox"/>
Belum <input type="checkbox"/>	Belum <input type="checkbox"/>	Belum <input type="checkbox"/>

TANDAKAN BAHAGIAN YANG CACAT

1. Cacat penglihatan: Buta di kedua-dua mata
2. Cacat Pekak dan Bisu : Pekak atau Pekak dan Bisu
3. Terencat Akal Keadaan di mana kecacatan di mana kecerdasan otak tidak selaras dengan umurnya
4. Cacat Anggota : Kecacatan badan sama ada kakitangan atau tiada sesuatu anggota atau kecacatan di mana-mana bahagian badannya.

Contoh Kriteria Penempatan

Keterangan Terminologi – Penempatan	Kriteria Penempatan
1. PUSAT PEMULIHAN DALAM KOMUNITI Aktiviti yang dijalankan bersama komuniti yang terdapat dalam komuniti untuk membantu proses pemulihan kanak-kanak keperluan khas.	<ul style="list-style-type: none"> • Perkembangan lewat sederhana/teruk • Masalah penglihatan dan / atau pendengaran umur bawah 4 tahun • Down's Syndrome • Autisma • Cerebral Palsy • Terencat akal sederhana / teruk
2. PUSAT JAGAAN HARIAN Pusat yang mengendalikan aktiviti harian yang merangkumi kurikulum berbentuk kraftangan dan kemahiran hidup (ADL). Ia biasanya untuk kanak-kanak yang mempunyai cacat pelbagai dan IQ yang sederhana.	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebral Palsy • Terencat akal sederhana • Autisma • Down's Syndrome ('not trainable')
3. INSTITUSI LATIHAN/ PEMULIHAN Institusi yang menyediakan rawatan perubatan (pemulihan anggota dan carakerja) dan kursus vokasional dan kemahiran hidup (ADL). Perkhidmatan jagaan & perlindungan bagi yang cacat akal teruk di Taman Sinar Harapan	<u>Kurang Upaya Anggota</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pusat Latihan Perindustrian dan Pemulihan Bangi bagi umur 14-40 tahun <u>Kurang Upaya Akal</u> <ul style="list-style-type: none"> • Taman Sinar Harapan bagi umur <25 tahun

Cadangan penempatan (jika perlu) :

TANDATANGAN PEGAWAI/ COP

BAHAGIAN C: JENIS-JENIS KECACATAN (Diisi oleh Pegawai Perubatan / Pakar)

Tandakan (/) bagi jenis kecacatan khas dalam petak yang bersesuaian (**TANDA HANYA YANG UTAMA**)

Please tick most severe category only

<p>I. Kurang Upaya Pendengaran <input type="checkbox"/> (<i>Hearing Impairment</i>) <input type="checkbox"/> Minima <input type="checkbox"/> Sederhana <input type="checkbox"/> Teruk (<i>Severe</i>) <input type="checkbox"/> (<i>Profound</i>) Darjah Pendengaran: Telinga kanandB Telinga Kiri.....dB (Degree of hearing impairment)</p> <p>II. Kurang Upaya Penglihatan <input type="checkbox"/> (<i>Visual Impairment</i>) <input type="checkbox"/> Terhad <input type="checkbox"/> Buta Darjah Penglihatan: Mata kanan..... Mata Kiri..... (Degree of visual impairment)</p> <p>III. Kurang Upaya Fizikal <input type="checkbox"/> (<i>Physical Disabilities e.g. Limb Defects, Duchennes Muscular Dystrophy</i>) Jenis :</p> <p>IV. Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Diplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia</p>	<p>V. Masalah Pembelajaran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Down's Syndrome <input type="checkbox"/> • Autisme <input type="checkbox"/> • Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) <input type="checkbox"/> • Terencat Akal : (<i>Intellectual Impairment</i>) <input type="checkbox"/> Minima <input type="checkbox"/> Sederhana / teruk <input type="checkbox"/> • Masalah Pembelajaran Spesifik (<i>Learning Difficulties</i>) contoh: <i>Dyslexia</i> <input type="checkbox"/> Jenis: <p>VI. Lain-lain (nyatakan)..... <input type="checkbox"/></p>
---	---

<p>KEPERLUAN <i>ASSISSTIVE DEVICE</i> YA / TIDAK *</p> <p>Nyatakan jenis.....</p> <p>Boleh Mengurus diri YA /TIDAK *</p> <p>Sekiranya TIDAK, tanda yang berkenaan; <input type="checkbox"/> <i>feeding</i> <input type="checkbox"/> <i>toileting</i> <input type="checkbox"/> <i>mobility</i> *</p> <p>Potong mana yang tidak berkenaan</p>	<p>Penggunaan Alat Tiruan dan Sokongan : YA /TIDAK *</p> <p>Jika ya, nyatakan:</p>
--	--

<p>Perkhidmatan dan bantuan yang disyorkan: </p> <p>Diagnosa: </p> <p>Ulasan tambahan: </p>	<p style="text-align: center;">TANDATANGAN PEGAWAI PERUBATAN/ PAKAR</p> <p>NAMA :</p> <p>JAWATAN :</p> <p>COP RASMI:</p> <p>TARIKH :</p>
--	--