

LAMPIRAN D

Borang BTX-HUS

PERMOHONAN BAYARAN SKIM <i>EX GRATIA</i> BENCANA KERJA BAGI FAEDAH HILANG UPAYA SEMENTARA (HUS)	
PERHATIAN	
1. Bahagian A hingga C hendaklah diisi oleh Pegawai. 2. Bahagian D dan E hendaklah diisi oleh Ketua Jabatan. 3. Panduan mengisi borang adalah seperti dalam Lampiran D1. 4. Rajah Laluan Perjalanan dari Tempat Kediaman ke Tempat Bertugas atau sebaliknya hanya perlu disediakan bagi kes kemalangan melibatkan perjalanan pergi/balik dari tempat kediaman ke tempat bertugas dan sebaliknya (paparan <i>Google Maps</i> atau aplikasi elektronik lain boleh diterima bagi tujuan ini). Rajah tersebut hendaklah menunjukkan lokasi dan alamat tempat kediaman Pegawai, tempat berlakunya kemalangan dan pejabat. 5. Hanya helaian Kenyataan Perkhidmatan pegawai yang merekodkan maklumat peribadi, kelulusan Cuti Sakit Lanjutan dan rekod cuti yang berkaitan perlu dikemukakan. 6. Semua salinan dokumen hendaklah diakui sah/ disahkan benar oleh pegawai Gred 9 dan ke atas.	
BAHAGIAN A Maklumat Pegawai	
1. Nama Pegawai	:
2. No. Kad Pengenalan	:
3. Jawatan/Gred	:
4. Alamat Surat-Menyurat	:
5. Alamat Pejabat	:

6. Maklumat Pegawai Untuk Dihubungi

- (i) No. Telefon Pejabat :
- (ii) No. Telefon Bimbit :
- (iii) E-mel Rasmi :

BAHAGIAN B
Maklumat Bencana Kerja

7. Maklumat Bencana Kerja

- (i) Tarikh :
- (ii) Masa :
- (iii) Tempat :
- (iv) Keterangan Bencana Kerja :
-
-
-
-
-
-
-

8. Bersama-sama ini dikemukakan dokumen-dokumen yang berikut:

- (i) Salinan Laporan Polis
(wajib bagi kes kemalangan)
- (ii) Salinan Laporan Penyiasatan Polis
(rujuk keterangan no. 8(i))
- (iii) Rajah Laluan Perjalanan dari Tempat Kediaman ke Tempat Bertugas
atau sebaliknya
(rujuk keterangan no. 4)
- (iv) Laporan Perubatan
- (v) Salinan Kad Pengenalan Pegawai
- (vi) Salinan buku/maklumat akaun simpanan Pegawai yang disahkan oleh
pihak bank.

Tandakan
(✓)☐☐☐☐☐☐

14. Bersama-sama ini dikemukakan dokumen-dokumen yang berikut:

Tandakan
(✓)

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| (i) | Salinan Laporan Siasatan Jabatan
(bagi kemalangan di tempat kerja dan penyakit khidmat sahaja) | ☐ |
| (ii) | Laporan Lembaga Perubatan Khas
(bagi kes penyakit khidmat sahaja) | ☐ |
| (iii) | Salinan Senarai Tugas Pegawai semasa bencana | ☐ |
| (iv) | Salinan Jadual Tugas semasa bencana; jika berkaitan | ☐ |
| (v) | Salinan Arahan-arahan Bertugas/Berkursus; jika berkaitan | ☐ |
| (vi) | Salinan Kad Perakam Waktu/ Rekod Kehadiran
(wajib kecuali bagi kes penyakit khidmat) | ☐ |
| (vii) | Salinan kelulusan Borang Lembaran SR.4.2.2(A) /Penyata aplikasi elektronik; jika berkaitan | ☐ |
| (viii) | Salinan Kad Temujanji Kesihatan/ <i>Time Slip</i> ; jika berkaitan | ☐ |
| (ix) | Salinan Kelulusan Cuti Sakit Lanjutan | ☐ |
| (x) | Salinan Kenyataan Perkhidmatan Pegawai
(rujuk keterangan no. 5) | ☐ |

15. Saya mengesahkan bahawa:

- (i) maklumat yang dikemukakan adalah lengkap dan benar; dan
- (ii) Pegawai disahkan tidak layak dipertimbangkan kemudahan Cuti Kecederaan di bawah peruntukan **Perintah Am 27 Bab C 1974**.

TandatanganCop Rasmi :
Tarikh :**BAHAGIAN E**
Perakuan Ketua Jabatan

16. Saya memperakukan bahawa maklumat yang dikemukakan adalah lengkap dan benar.

Tandatangan Ketua JabatanCop Rasmi :
Tarikh :