



# **GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA**

**JABATAN PEMBANGUNAN ORANG KURANG UPAYA  
JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT**

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## KANDUNGAN

Bil.		Muka Surat
1.	Pendahuluan	3
	Objektif Pendaftaran	3
2.	Definisi OKU	3
3.	Kategori OKU	3
4.	Kod Bagi Kategori OKU	6
	- Kurang Upaya Pendengaran	
	- Kurang Upaya Penglihatan	
	- Kurang Upaya Pertuturan	
	- Kurang Upaya Fizikal	
	- Masalah Pembelajaran	
	- Kurang Upaya Mental	
	- Kurang Upaya Pelbagai	
5.	Borang-Borang Yang Diguna pakai	6
	- Borang Pendaftaran Kanak-Kanak Kurang Upaya (0-18 Tahun)	
	- Borang Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 Tahun Ke Atas)	
6.	Panduan Melengkapkan Borang Pendaftaran Kanak-Kanak Kurang Upaya (0-18 Tahun)	7
7.	Panduan Melengkapkan Borang Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 Tahun Ke Atas)	12

## **GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA**

### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

- Lampiran I : Borang Pendaftaran Kanak-Kanak Kurang Upaya (0-18 tahun)
- Lampiran II : Borang Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 Tahun Ke Atas)
- Lampiran III : Direktori Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri
- Lampiran IV : Senarai Hospital-Hospital Kerajaan Yang Menyediakan Perkhidmatan Perubatan Rehabilitasi
- Lampiran V : Senarai Organisasi Bukan Kerajaan (NGO) Peringkat Kebangsaan Yang Terlibat Dengan OKU

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## 1. PENDAHULUAN

Buku Garis Panduan ini disediakan sebagai rujukan berkenaan pendaftaran Orang Kurang Upaya (OKU). Agensi yang terlibat dalam pendaftaran adalah Jabatan Kebajikan Masyarakat dan Kementerian Kesihatan Malaysia. Pendaftaran OKU adalah atas dasar sukarela dan hanya untuk warganegara Malaysia yang bermastautin di Malaysia.

## 2. OBJEKTIF PENDAFTARAN

2.1. Untuk mengetahui bilangan, taburan dan kategori OKU di negara ini bagi maksud merancang program dan perkhidmatan berkaitan dengan pencegahan, pendidikan, habilitasi dan rehabilitasi serta latihan.

2.2. Untuk merancang penyediaan kemudahan yang bersesuaian dengan keperluan OKU.

2.3. Untuk membolehkan OKU yang berdaftar mendapat perkhidmatan yang bersesuaian dengan keperluan berdasarkan tahap kefungsiannya/ketidakupayaan mereka.

## 3. DEFINISI OKU

Mengikut Akta Orang Kurang Upaya 2008, “OKU termasuklah mereka yang mempunyai kekurangan jangka panjang fizikal, mental, intelektual atau deria yang apabila berinteraksi dengan pelbagai halangan, boleh menyekat penyertaan penuh dan berkesan mereka dalam masyarakat”.

## 4. KATEGORI OKU

Terdapat 7 kategori OKU yang boleh dipertimbangkan bagi pendaftaran OKU oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat seperti berikut :

NO	KATEGORI	KETERANGAN								
I	Pendengaran	<p><b>Kurang Upaya Pendengaran</b> bermaksud tidak dapat mendengar dengan jelas di kedua-dua telinga tanpa menggunakan alat bantu pendengaran atau tidak dapat mendengar langsung walaupun dengan menggunakan alat bantu pendengaran. Kurang upaya pendengaran boleh dibahagi kepada empat tahap, iaitu :-</p> <table><tbody><tr><td>Minimum</td><td>15 - &lt; 30dB (kanak-kanak) 20 - &lt; 30dB (orang dewasa)</td></tr><tr><td>Sederhana</td><td>30 - &lt; 60dB</td></tr><tr><td>Teruk (<i>severe</i>)</td><td>60 - &lt; 90dB</td></tr><tr><td>Sangat teruk (<i>profound</i>)</td><td>&gt; 90dB</td></tr></tbody></table>	Minimum	15 - < 30dB (kanak-kanak) 20 - < 30dB (orang dewasa)	Sederhana	30 - < 60dB	Teruk ( <i>severe</i> )	60 - < 90dB	Sangat teruk ( <i>profound</i> )	> 90dB
Minimum	15 - < 30dB (kanak-kanak) 20 - < 30dB (orang dewasa)									
Sederhana	30 - < 60dB									
Teruk ( <i>severe</i> )	60 - < 90dB									
Sangat teruk ( <i>profound</i> )	> 90dB									

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

NO	KATEGORI	KETERANGAN
II	Penglihatan	<p><b>Kurang Upaya Penglihatan</b> bermaksud tidak dapat melihat atau mengalami penglihatan terhad di kedua-dua belah mata walaupun dengan menggunakan alat bantu penglihatan seperti cermin mata atau kanta sentuh. Kurang upaya penglihatan boleh dibahagi kepada:-</p> <p><b>Terhad</b> bermaksud penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 walaupun dengan menggunakan alat bantu penglihatan atau medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari <i>fixation</i>.</p> <p><b>Buta</b> bermaksud penglihatan kurang daripada 3/60 atau medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari <i>fixation</i>.</p>
III	Pertuturan	<p><b>Kurang Upaya Pertuturan</b> bermaksud tidak boleh bertutur sehingga menyebabkan gangguan berkomunikasi dengan sempurna dan tidak boleh difahami oleh mereka yang berinteraksi dengannya. Keadaan ini adalah kekal atau tidak akan sembuh. Bagi kanak-kanak mestilah berdasarkan penilaian pada umur lima tahun ke atas. Sekiranya ada kemusykilan, Pakar Otorinolaringologi hendaklah dirujuk.</p>
IV	Fizikal	<p><b>Kurang Upaya Fizikal</b> bermaksud ketidakupayaan anggota badan sama ada kehilangan atau tiada suatu anggota atau ketidakupayaan di mana-mana bahagian badan yang mengalami keadaan seperti <i>hemiplegia</i>, <i>paraplegia</i>, <i>tetraplegia</i>, kehilangan anggota, kelemahan otot-otot yang mengakibatkan mereka <b>tidak dapat melakukan aktiviti asas</b> seperti penjagaan diri, pergerakan dan penukaran posisi tubuh badan. Keadaan ini boleh terjadi akibat daripada kecederaan (<i>trauma</i>) atau ketidakfungsian sistem saraf, kardiovaskular, respiratori, hematologi, imunologi, urologi, hepatobiliari, muskuloskeletal, ginekologi dan lain-lain.</p> <p>Contoh penyebab ketidakupayaan ini adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Limb defects (congenital/acquired)</i>, termasuk kehilangan ibu jari tangan</li> <li>b. <i>Spinal Cord Injury</i></li> <li>c. <i>Stroke</i></li> <li>d. <i>Traumatic Brain Injury</i></li> </ol> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 20px;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="font-size: 0.8em; margin-left: 5px;"> <p>Hanya sekiranya tiada pengembalian fungsi selepas 6 bulan</p> </div> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Kerdil (<i>Achondroplasia</i>) iaitu <math>\leq 142\text{cm}</math> bagi lelaki dan <math>\leq 138\text{cm}</math> bagi wanita</li> <li>f. <i>Cerebral Palsy</i></li> </ol> <p><b>Nota:</b> Individu yang mengalami keadaan kekurangan (<i>impairment</i>) tanpa menjejaskan fungsi, contohnya kehilangan jari, mempunyai lebih jari (<i>polydactyly</i>) dan tidak ada atau tidak sempurna cuping telinga tidak dipertimbangkan bagi tujuan pendaftaran.</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

NO	KATEGORI	KETERANGAN
V	<b>Masalah Pembelajaran</b>	<p>Masalah Pembelajaran bermaksud masalah kecerdasan otak yang tidak selaras dengan usia biologikalnya. Mereka yang tergolong dalam kategori ini ialah lewat perkembangan global, Sindrom Down, lembam dan kurang upaya intelektual. Kategori ini juga merangkumi keadaan yang menjejaskan kemampuan pembelajaran individu seperti autisme (autistic spectrum disorder), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dan masalah pembelajaran spesifik seperti (dyslexia, dyscalculia dan dysgraphia).</p>
VI	<b>Mental</b>	<p>Kurang Upaya Mental merujuk kepada keadaan penyakit mental yang teruk menyebabkan seseorang itu tidak berupaya berfungsi sama ada sebahagian atau sepenuhnya dalam hal berkaitan dirinya atau perhubungan dalam masyarakat.</p> <p>Di antara jenis-jenis penyakit mental tersebut ialah Organic Mental Disorder yang serius dan kronik, Skizofrenia, Paranoid, Mood Disorder (depression, bipolar) dan other Psychotic Disorder seperti Schizoffective Disorder dan Persistent Delusional Disorders.</p> <p><b>Nota:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mestilah telah menjalani rawatan psikiatrik sekurang-kurangnya dua tahun.</li> <li>b. Pakar Psikiatri akan menentukan tahap kefungsiian sosial, kognitif dan kawalan tingkah laku pesakit terjejas dengan ketara atau teruk sebelum beliau dipertimbangkan bagi tujuan pendaftaran OKU.</li> </ol>
VII	<b>Pelbagai (Multiple Disabilities)</b>	<p>Kurang Upaya Pelbagai (Multiple Disabilities) bermaksud mempunyai lebih daripada satu jenis ketidakupayaan dan secara umumnya tidak sesuai diklasifikasikan dalam kategori I hingga VI.</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### 5. KOD BAGI KATEGORI OKU

BIL	KOD	JENIS KETIDAKUPAYAAN
1.	DE	Pendengaran
2.	BL	Penglihatan
3.	SD	Pertuturan
4.	PH	Fizikal
5.	LD	Masalah Pembelajaran
6.	ME	Mental
7.	MD	Pelbagai

### 6. BORANG-BORANG YANG DIGUNA PAKAI

Borang Pendaftaran Kanak-Kanak Kurang Upaya (0-18 tahun)

– LAMPIRAN I

Borang Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 tahun ke atas)

– LAMPIRAN II

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### 7. PANDUAN MELENGKAPKAN BORANG PENDAFTARAN KANAK-KANAK KURANG UPAYA (0-18 TAHUN)

#### BAHAGIAN A : BIODATA KANAK-KANAK (Hendaklah diisi oleh ibu/bapa/penjaga)

BIL	PERKARA	KETERANGAN
1.	Nama	Nama penuh seperti dalam sijil kelahiran/kad pengenalan
2.	Jantina	Tandakan pada kotak yang berkenaan
3.	Kumpulan Etnik	Tandakan pada kotak yang berkenaan
4.	Tarikh Lahir	Diisi bermula dari hari, bulan dan tahun lahir
5.	Umur	Umur ketika memohon
6.	No. Sijil Kelahiran/ No. Kad Pengenalan	Isikan ruang yang berkenaan
7.	Sekolah Sekarang	Isikan ruang yang berkenaan
8.	Alamat Rumah	Nyatakan alamat semasa
9.	Alamat Surat-Menyurat	Nyatakan alamat surat-menyurat sekiranya berlainan dengan alamat rumah

#### MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA (Hendaklah diisi oleh ibu/bapa/penjaga)

BIL	PERKARA	KETERANGAN
1.	Nama	Nama penuh seperti dalam kad pengenalan
2.	Kad Pengenalan/Pasport	Isikan no. kad pengenalan baru atau lama
3.	Warganegara	Tandakan pada kotak yang berkenaan
4.	No.Telefon	Isikan no. telefon semasa bagi rumah/telefon bimbit/pejabat/no. faksimile
5.	E-mel	Nyatakan E-mel terkini
6.	Pekerjaan	Nyatakan pekerjaan semasa
7.	Pendapatan Keluarga Sebulan (RM)	Nyatakan pendapatan keluarga semasa
8.	Alamat Rumah	Nyatakan alamat semasa
9.	Alamat Surat-Menyurat	Nyatakan alamat surat-menyurat sekiranya berlainan dengan alamat rumah

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN B : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (*DISABILITY*)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) bagi jenis-jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian

(Boleh tanda lebih dari satu sekiranya berkenaan)

NO	KATEGORI	KETERANGAN
<b>I</b>	<b>Kurang Upaya Pendengaran</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (I) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Pengesahan berdasarkan keputusan ujian pendengaran.</p> <p>Kanak-kanak yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua belah telinga sahaja boleh didaftarkan.</p> <p>Tahap pendengaran (desibel) di kedua-dua belah telinga perlu dinyatakan.</p> <p>Tahap pendengaran, sama ada minimum, sederhana, teruk atau sangat teruk perlu ditandakan dalam petak yang disediakan mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik. Contohnya, jika tahap pendengaran di telinga kanan ialah 65 dB dan di telinga kiri ialah 95 dB, petak betul yang perlu ditandakan ialah Teruk (<i>Severe</i>).</p>
<b>II</b>	<b>Kurang Upaya Penglihatan</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (II) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Kanak-kanak yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua belah mata sahaja boleh didaftarkan.</p> <p>Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata atau kanta sentuh di kedua-dua belah mata perlu dinyatakan.</p> <p>Tahap penglihatan, sama ada terhad atau buta perlu ditandakan dalam petak yang disediakan mengikut tahap penglihatan pada mata yang lebih baik.</p> <p>Penglihatan '<b>Terhad</b>' adalah penglihatan selepas pembetulan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60, atau medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari <i>fixation</i>.</p> <p>'<b>Buta</b>' adalah penglihatan kurang daripada 3/60 atau medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari <i>fixation</i>.</p> <p>*Sila rujuk Pakar Mata sekiranya terdapat kemusykilan</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

NO	KATEGORI	KETERANGAN
<b>III</b>	<b>Kurang Upaya Pertuturan</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (III) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Hanya kanak-kanak berumur 5 tahun ke atas perlu didaftarkan.</p> <p>*Sila rujuk Pakar Otorinolaringologi sekiranya terdapat kemusykilan.</p>
<b>IV</b>	<b>Kurang Upaya Fizikal</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (IV) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Untuk <i>Cerebral Palsy</i>, tandakan pada petak jenis <i>Cerebral Palsy</i> yang bersesuaian sama ada <i>hemiplegia</i>, <i>diplegia</i> atau <i>quadriplegia</i>.</p> <p>Nyatakan lain-lain diagnosis pada ruangan yang disediakan (<i>Limb defects</i>, <i>muscular dystrophy</i>, kerdil atau penyakit kronik yang menyebabkan kurang upaya fizikal).</p> <p>*Sila rujuk Pakar Perubatan Rehabilitasi sekiranya terdapat kemusykilan.</p>
<b>V</b>	<b>Masalah Pembelajaran</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (V) bagi keterangan lengkap.</p> <p>*Sila rujuk Pakar Perubatan yang berkaitan sekiranya terdapat kemusykilan.</p>
<b>VI</b>	<b>Kurang Upaya Mental</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (VI) bagi keterangan lengkap.</p> <p>*Mesti disahkan oleh Pakar Psikiatri kerajaan atau swasta.</p>

### BAHAGIAN C : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) hanya pada **satu** kategori utama sahaja

NO	KATEGORI	KETERANGAN
<b>I.</b>	<b>Pendengaran</b>	<p>Sila tandakan <b>satu</b> kategori utama sahaja untuk menggambarkan ketidakupayaan seseorang kanak-kanak itu.</p>
<b>II.</b>	<b>Penglihatan</b>	
<b>III.</b>	<b>Pertuturan</b>	
<b>IV.</b>	<b>Fizikal</b>	
<b>V.</b>	<b>Masalah Pembelajaran</b>	
<b>VI.</b>	<b>Mental</b>	
<b>VII.</b>	<b>Pelbagai (<i>Multiple Disabilities</i>)</b>	

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN D : TAHAP KEFUNGSIAN (Sekiranya berkenaan)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (√) pada petak yang sesuai.

NO	KATEGORI	KETERANGAN
I	<b>Masalah pergerakan</b>	Sila tandakan pada petak yang sesuai sama ada seseorang kanak-kanak itu mempunyai masalah pergerakan dan tahap bantuan yang diperlukan (separa atau sepenuhnya).
II	<b>Masalah mengurus aktiviti harian</b>	Sila tandakan pada petak yang sesuai sama ada seseorang kanak-kanak itu mempunyai masalah mengurus aktiviti harian dan tahap bantuan yang diperlukan (separa atau sepenuhnya).
III	<b>Kaedah berkomunikasi</b>	Sila tandakan pada petak sesuai mengenai kaedah yang digunakan oleh seseorang kanak-kanak semasa berkomunikasi.
IV	<b>Masalah tingkah laku</b>	Untuk masalah tingkah laku, nyatakan sama ada tingkah laku kanak-kanak boleh diurus atau sukar diurus.

### BAHAGIAN E : CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

NO	PERKARA	KETERANGAN
I	<b>Anggota tiruan/ sokong bantu/ ortosis</b>	<p>Nyatakan anggota tiruan, alat sokong bantu, ortosis atau bantuan lain yang diperlukan oleh seseorang kanak-kanak.</p> <p><b>Nota:</b>  <b>Anggota tiruan</b> - Peralatan yang dipakai untuk meningkatkan kefungsiannya anggota yang hilang seperti kaki palsu, tangan palsu dan lain-lain.  <b>Alat sokong bantu</b> - Peralatan yang digunakan bagi meningkatkan fungsi pergerakan untuk aktiviti harian seperti kerusi roda, tongkat, <i>walker</i> dan lain-lain.  <b>Ortosis</b> - Peralatan yang digunakan bersama anggota badan bagi meningkatkan tahap kefungsiannya seperti alat pendengaran, cermin mata, <i>ankle foot orthosis</i> dan lain-lain.</p>
II	<b>Bantuan penjagaan OKU terlantar</b>	Untuk penjaga yang menjaga OKU terlantar
III	<b>Bantuan OKU tidak berupaya bekerja</b>	Untuk OKU yang tidak berupaya bekerja

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN F : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

<b>KETERANGAN</b>
Tandakan (√) pada petak yang sesuai.

### BAHAGIAN G : PENGESAHAN PEGAWAI/PAKAR PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

<b>BIL</b>	<b>PERKARA</b>	<b>KETERANGAN</b>
<b>I.</b>	Diagnosis	Nyatakan diagnosis (jika ada) dan pastikan ruang tandatangan, jawatan, cop rasmi serta tarikh dipenuhi.
<b>II.</b>	Ulasan tambahan	Nyatakan ulasan tambahan (jika ada) dan pastikan ruang tandatangan, jawatan, cop rasmi serta tarikh dipenuhi.

### BAHAGIAN H : PENGESAHAN JABATAN PELAJARAN NEGERI/PEJABAT PELAJARAN DAERAH

(Hendaklah diisi oleh Pegawai di Jabatan Pelajaran Negeri/Pejabat Pelajaran Daerah)

<b>KETERANGAN</b>
Nyatakan nama sekolah yang ditentukan untuk penempatan kanak-kanak kurang upaya beserta dengan tandatangan, cop rasmi dan tarikh

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### 8. PANDUAN MELENGKAPKAN BORANG PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA (UMUR 18 TAHUN KE ATAS)

#### BAHAGIAN A : BIODATA PEMOHON

(Hendaklah diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

BIL	PERKARA	KETERANGAN
1.	Nama	Nama penuh seperti dalam kad pengenalan
2.	Jantina	Tandakan pada kotak yang berkenaan
3.	Kumpulan Etnik	Tandakan pada kotak yang berkenaan
4.	Tarikh Lahir	Diisi bermula dari hari, bulan dan tahun lahir
5.	Umur	Umur ketika memohon
6.	No. Kad Pengenalan	Isikan no. kad pengenalan baru atau lama
7.	Tahap Pendidikan	Tandakan pada kotak yang berkenaan
8.	Status Pekerjaan	Tandakan pada kotak yang berkenaan
9.	Pekerjaan	Nyatakan pekerjaan semasa
10.	Pendapatan Sebulan (RM)	Nyatakan pendapatan sebulan
11.	No. Telefon	Isikan no. telefon semasa bagi rumah/telefon bimbit/pejabat/faksimile
12.	E-mel	Nyatakan E-mel terkini
13.	Alamat Rumah	Nyatakan alamat semasa
14.	Alamat Surat-Menyurat	Nyatakan alamat surat-menyurat sekiranya berlainan dengan alamat rumah

#### MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI

(Hendaklah diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

BIL	PERKARA	KETERANGAN
1.	Nama	Nama penuh seperti dalam kad pengenalan
2.	Kad Pengenalan/Pasport	Isikan no. kad pengenalan baru atau lama atau no. pasport jika berkenaan
3.	Warganegara	Tandakan pada kotak yang berkenaan
4.	No. Telefon	Isikan no. telefon semasa bagi rumah/pejabat/telefon bimbit/faksimile
5.	E-mel	Nyatakan E-mel terkini
6.	Pekerjaan	Nyatakan pekerjaan semasa
7.	Pendapatan Keluarga Sebulan (RM)	Nyatakan pendapatan keluarga semasa
8.	Alamat Rumah	Nyatakan alamat semasa
9.	Alamat Surat-Menyurat	Nyatakan alamat surat-menyurat sekiranya berlainan dengan alamat rumah

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN B : KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

PERKARA	KETERANGAN
Keizinan mengeluarkan maklumat perubatan	Isikan ruang yang berkenaan

### BAHAGIAN C : MAKLUMAT BERKAITAN PENYAKIT

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

(Bagi penyakit mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

PERKARA	KETERANGAN
Diagnosis utama	Nyatakan diagnosis utama yang menyebabkan keadaan ketidakupayaan
Tarikh	Nyatakan tarikh ketidakupayaan bermula. Sekiranya tarikh sebenar tidak diketahui, sila nyatakan tahun yang terhampir.

### BAHAGIAN D : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (*DISABILITY*)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian.

**(Boleh tanda lebih dari satu sekiranya berkenaan)**

BIL	KATEGORI	KETERANGAN
I.	<b>Kurang Upaya Pendengaran</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (I) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Pengesahan berdasarkan keputusan ujian pendengaran.</p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang pendengaran di kedua-dua belah telinga sahaja.</p> <p>Tahap pendengaran, sama ada minimum, sederhana, teruk atau sangat teruk perlu ditandakan dalam petak yang disediakan mengikut tahap pendengaran telinga yang lebih baik.</p> <p>Contohnya, jika tahap pendengaran di telinga kanan ialah 65 dB dan di telinga kiri ialah 95 dB, petak betul yang perlu ditandakan ialah Teruk (<i>Severe</i>).</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

BIL	PERKARA	KETERANGAN
II.	<b>Kurang Upaya Penglihatan</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (II) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua belah mata sahaja.</p> <p>Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata atau kanta sentuh di kedua-dua belah mata perlu dinyatakan.</p> <p>Tahap penglihatan, sama ada terhad atau buta perlu ditandakan dalam petak yang disediakan mengikut tahap penglihatan pada mata yang lebih baik.</p> <p>Penglihatan '<b>Terhad</b>' adalah penglihatan selepas pembetulan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60, atau medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari <i>fixation</i>.</p> <p>'<b>Buta</b>' adalah penglihatan kurang daripada 3/60 atau medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari <i>fixation</i>.</p> <p>* Sila rujuk Pakar Mata sekiranya terdapat kemusykilan.</p>
III.	<b>Kurang Upaya Pertuturan</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (III) bagi keterangan lengkap.</p> <p>* Sila rujuk Pakar Otorinolaringologi sekiranya terdapat kemusykilan.</p>
IV.	<b>Kurang Upaya Fizikal</b>	<p>Sila rujuk Bahagian B (IV) bagi keterangan lengkap.</p> <p>Untuk <i>Cerebral Palsy</i>, tandakan pada petak jenis <i>Cerebral Palsy</i> yang bersesuaian, iaitu, <i>hemiplegia</i>, <i>diplegia</i> atau <i>quadriplegia</i>.</p> <p>Nyatakan diagnosis atau lain-lain pada ruangan yang disediakan. Ini termasuk <i>limb defects</i>, <i>muscular dystrophy</i>, kerdil atau penyakit kronik yang menyebabkan kurang upaya fizikal.</p> <p>* Sila rujuk Pakar Perubatan Rehabilitasi sekiranya terdapat kemusykilan.</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

BIL	KATEGORI	KETERANGAN
V.	<b>Masalah Pembelajaran</b>	Sila rujuk Bahagian B (V) bagi keterangan lengkap.  * Sila rujuk Pakar Perubatan <i>yang berkaitan</i> sekiranya terdapat kemusykilan.
VI.	<b>Kurang Upaya Mental</b>	Sila rujuk Bahagian B (VI) bagi keterangan lengkap.  Tahap kefungsi mestilah berdasarkan skala <i>Personal &amp; Social Performance</i> (PSP).  * Mesti disahkan oleh Pakar Psikiatri kerajaan atau swasta.

### BAHAGIAN E : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)  
Tandakan (✓) hanya pada **satu** kategori utama sahaja

BIL	KATEGORI	KETERANGAN
I. II. III. IV. V. VI. VII.	<b>Pendengaran</b> <b>Penglihatan</b> <b>Pertuturan</b> <b>Fizikal</b> <b>Masalah Pembelajaran</b> <b>Mental</b> <b>Pelbagai (<i>Multiple Disabilities</i>)</b>	Sila tanda pada <b>satu</b> kategori utama untuk menggambarkan ketidakupayaan seseorang individu itu.

### BAHAGIAN F : MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN

**(Jenis dan Tahap Ketidakupayaan)**

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)  
\* Sila rujuk Pakar Perubatan *Rehabilitasi* sekiranya terdapat kemusykilan.

BIL	PERKARA	KETERANGAN
I.	<b>Ketidakupayaan Urus Diri</b> (Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi)	<b>0</b> - tiada kehilangan fungsi mengurus diri  <b>1</b> - kesukaran mengurus diri tetapi tidak memerlukan alat bantu  <b>2</b> - boleh mengurus diri sendiri dengan alat bantu  <b>3</b> - memerlukan bantuan separa penjagaan dan peralatan bagi mengurus diri  <b>4</b> - memerlukan penjagaan sepenuh masa oleh penjaga

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

BIL	PERKARA	KETERANGAN
II.	<p><b>Ketidakupayaan Pergerakan</b>  <i>(Berjalan, perpindahan tubuh badan/“transfer”, memandu/“transport”)</i></p>	<p>0 - tiada kehilangan fungsi pergerakan</p> <p>1 - kesukaran untuk bergerak tetapi tidak memerlukan alat bantu</p> <p>2 - boleh bergerak sendiri dengan alat bantu</p> <p>3 - memerlukan bantuan separa penjagaan dan peralatan bagi pergerakan</p> <p>4 - memerlukan penjagaan sepenuh masa oleh penjaga</p>
III.	<p><b>Ketidakupayaan Kemahiran Domestik</b>  <i>(Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah)</i></p>	<p>0 - tiada kehilangan fungsi domestik</p> <p>1 - kesukaran untuk melakukan fungsi domestik tetapi tidak memerlukan alat bantu</p> <p>2 - boleh melakukan fungsi domestik dengan bantuan alat bantu</p> <p>3 - memerlukan bantuan separa penjagaan dan peralatan bagi melakukan fungsi domestik</p> <p>4 - memerlukan penjagaan sepenuh masa oleh penjaga</p>
IV.	<p><b>Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/“Dexterity functions”.</b>  <i>(Menggunakan peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki)</i></p>	<p>0 - tiada kehilangan fungsi Motor Halus</p> <p>1 - kesukaran untuk melakukan fungsi Motor Halus tetapi tidak memerlukan alat bantu</p> <p>2 - boleh melakukan fungsi Motor Halus dengan bantuan alat bantu</p> <p>3 - memerlukan bantuan separa penjagaan dan peralatan bagi melakukan fungsi Motor Halus</p> <p>4 - memerlukan penjagaan sepenuh masa oleh penjaga</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN G : MAKLUMAT TAMBAHAN BERKAITAN JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN.

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

BIL	PERKARA	KETERANGAN
<b>I.</b>	<p><b>Ketidakupayaan Fungsi Sosial</b> (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).</p>	<p><b>0</b> - tiada masalah fungsi sosial. <b>1</b> - cuma disedari oleh orang yang rapat. <b>2</b> - jelas kelihatan dan mengganggu kebolehan pesakit dalam fungsi sosial. <b>3</b> - tidak boleh menjalankan apa-apa fungsi sosial sekiranya tiada bantuan profesional. <b>4</b> - keadaan pesakit amat teruk sehingga boleh membahayakan nyawa.</p>
<b>II.</b>	<p><b>Ketidakupayaan Fungsi Kognitif</b> (Kemampuan daya ingatan, tumpuan, menyiapkan sepenuhnya (<i>persistence</i>) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu).</p>	<p><b>0</b> - tiada masalah fungsi kognitif. <b>1</b> - cuma disedari oleh orang yang rapat. <b>2</b> - jelas kelihatan dan mengganggu kebolehan pesakit dalam fungsi kognitif. <b>3</b> - tidak boleh menjalankan apa-apa fungsi kognitif jika tiada bantuan profesional. <b>4</b> - keadaan pesakit amat teruk sehingga boleh membahayakan nyawa.</p>
<b>III.</b>	<p><b>Ketidakupayaan Kawalan Tingkah Laku</b> (Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, berbogel di khalayak ramai, menyerang orang lain).</p>	<p><b>0</b> - tiada masalah kawalan tingkah laku. <b>1</b> - kurang bersopan dan bercakap kuat. <b>2</b> - mencabar orang lain, merosakkan harta benda dan berkelakuan tidak senonoh (1-2 kali sebulan). <b>3</b> - kerap membuat ancaman lisan atau serangan fizikal dengan tidak sengaja. <b>4</b> - tindakan agresif dan serangan fizikal dengan sengaja.</p>

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN H : MAKLUMAT BERKAITAN CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/ SOKONG BANTU/LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

NO	PERKARA	KETERANGAN
I	<b>Anggota tiruan/ sokong bantu/ ortosis</b>	<p>Nyatakan anggota tiruan, alat sokong bantu, ortosis atau bantuan lain yang diperlukan.</p> <p><b>Nota:</b>  <b>Anggota tiruan</b> - Peralatan yang dipakai untuk meningkatkan kefungsi-an anggota yang hilang seperti kaki palsu, tangan palsu dan lain-lain.</p> <p><b>Alat sokong bantu</b> - Peralatan yang digunakan bagi meningkatkan fungsi pergerakan untuk aktiviti harian seperti kerusi roda, tongkat, <i>walker</i> dan lain-lain.</p> <p><b>Ortosis</b> - Peralatan yang digunakan bersama anggota badan bagi meningkatkan tahap kefungsi-an seperti alat pendengaran, cermin mata, <i>ankle foot orthosis</i> dan lain-lain.</p>
II	<b>Bantuan penjagaan OKU terlantar</b>	Untuk penjaga yang menjaga OKU terlantar
III	<b>Bantuan OKU tidak berupaya bekerja</b>	Untuk OKU yang tidak berupaya bekerja

### BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

KETERANGAN
Tandatangan, cop rasmi pegawai perubatan/pakar perubatan yang memeriksa beserta tarikh

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

Lampiran I

Jabatan  
**KEBAJIKAN**  
Masyarakat



BPKKKU (Pindaan 1/2009)

## BORANG PENDAFTARAN KANAK-KANAK KURANG UPAYA (0-18 TAHUN)

*SILA ISI BORANG INI DALAM EMPAT (4) SALINAN*  
(Sesaliran untuk Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya  
Jabatan Pelajaran Negeri, Hospital/Klinik Kesihatan dan Ibu Bapa)

Negeri : ..... Daerah : ..... No. Pendaftaran : .....  
(Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya)

Tarikh Daftar : .....

### BAHAGIAN A: BIODATA PEMOHON (Diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga)

1. NAMA : .....

2. JANTINA :  Lelaki  Perempuan

#### 3. KUMPULAN ETNIK :

Melayu  Cina  India  Pribumi Semenanjung  Pribumi Sabah  Pribumi Sarawak

Lain-Lain (Nyatakan) : .....

#### 4. TARIKH LAHIR :

Hari	Bulan	Tahun					

#### 5. NO SJIL KELAHIRAN/NO KAD PENGENALAN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. UMUR : .....

7. NAMA SEKOLAH (Jika berkenaan) : .....

#### 8. ALAMAT RUMAH :

.....  
..... Poskod: 

--	--	--	--	--	--

#### 9. ALAMAT SURAT - MENYURAT :

(selain dari alamat di atas)

.....  
..... Poskod: 

--	--	--	--	--	--

### MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA \*(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga)

\*Sila tandakan (✓) yang berkenaan

1. NAMA : .....

#### 2. NO KAD PENGENALAN/NO PASPORT :

Baru : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Lama : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### 3. WARGANEGARA :

Malaysia  Lain-Lain (Nyatakan) : .....

#### 4. NO TELEFON :

Rumah : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon bimbit : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pejabat : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Faksimile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

5. E-MEL : .....

6. JENIS PEKERJAAN : .....

7. PENDAPATAN SEBULAN (RM) : .....

8. ALAMAT RUMAH :

.....

Poskod:

9. ALAMAT SURAT - MENYURAT :

(selain dari alamat di atas)

.....

Poskod:

## BAHAGIAN B : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (DISABILITY)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) bagi jenis-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 kanak-kanak 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> <p><input type="checkbox"/> Minimum 20 - &lt; 30 dB      <input type="checkbox"/> Sederhana 30 - &lt; 60 dB</p> <p><input type="checkbox"/> Teruk (<i>Severe</i>) 60 - &lt; 90 dB      <input type="checkbox"/> Sangat Teruk (<i>Profound</i>) ≥ 90 dB</p> <p><b>II. Kurang Upaya Penglihatan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi kanak-kanak yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua 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</b> (Penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari <i>fixation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Buta</b> (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari <i>fixation</i>)</p> <p><b>III. Kurang Upaya Pertuturan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(*Bagi kanak-kanak berumur 5 tahun ke atas sahaja)</p>	<p><b>IV. Kurang Upaya Fizikal</b> <input type="checkbox"/></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>Limb Defects, 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>)</p> <p>Nyatakan: .....</p> <p><b>VI. Kurang Upaya Mental</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(*Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)</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>
---	--

## BAHAGIAN C : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (✓) hanya pada SATU kategori utama SAHAJA

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

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## BAHAGIAN D : TAHAP KEFUNGSIAN (Sekiranya berkenaan)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (√) pada petak yang sesuai

### 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

- Bertutur                                       Terhad/Isyarat/Alternatif                                       Tiada kemampuan komunikasi

### IV. Masalah Tingkah Laku

- Tiada                                       Boleh diurus                                       Sukar diurus

## BAHAGIAN E : CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (√) pada petak yang sesuai

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| I. Anggota tiruan/sokong bantu/ortosis  | <input type="checkbox"/> |
| Nyatakan .....                          |                          |
| II. Bantuan penjagaan OKU terlantar     | <input type="checkbox"/> |
| III. Bantuan OKU tidak berupaya bekerja | <input type="checkbox"/> |

### CATATAN :

Pertimbangan bantuan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat

## BAHAGIAN F : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

- I. Pra-sekolah (umur 5-6 tahun) (*Kindergarten*)
- a. Pra-sekolah Biasa                                                                            b. Pra-sekolah Khas                                        
(Pendengaran/Penglihatan/Integrasi)
- II. Sekolah Biasa
- a. Kelas Biasa                                                                            b. Program Inklusif                                        
c. Program Integrasi                                                                            d. Program Pemulihan Khas
- III. Sekolah Khas
- a. Kurang Upaya Pendengaran                                                                            b. Kurang Upaya Penglihatan

### IV. Lain-Lain

Nyatakan : .....

.....

.....

### CATATAN :

Pertimbangan penempatan persekolahan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Pelajaran Negeri/Pejabat Pelajaran Daerah

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## BAHAGIAN G : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan Kerajaan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

I. DIAGNOSIS : .....	
.....	
II. ULASAN TAMBAHAN : .....	
.....	
TARIKH : .....	..... (Tandatangan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)
	NAMA :
	JAWATAN/COP RASMI :

## BAHAGIAN H : PENGESAHAN JABATAN PELAJARAN NEGERI/PEJABAT PELAJARAN DAERAH

CADANGAN PENEMPATAN OLEH JABATAN PELAJARAN NEGERI/PEJABAT PELAJARAN DAERAH	
NAMA SEKOLAH : .....	
.....	
TARIKH : .....	..... (Tandatangan)
	NAMA :
	JAWATAN/COP RASMI :

### MAKLUMAT UNTUK IBU/ BAPA/ PENJAGA

- 1. Bagi tujuan pendaftaran dan pengeluaran Kad OKU**, sila bawa anak ke Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah bersama-sama:
  - **Borang Pendaftaran Kanak-Kanak Kurang Upaya (0-18 Tahun)** yang lengkap diisi, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta yang memeriksa.
  - **2 salinan Kad Pengenalan atau Sijil Kelahiran.**
  - **3 keping gambar anak** berukuran saiz Kad Pengenalan.Sekiranya tuan/puan tidak menerima Kad OKU dalam tempoh **1 bulan** dari tarikh permohonan sila berhubung dengan Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah berkenaan.
- 2.** Tuan/puan dinasihatkan membawa 1 salinan borang yang lengkap ke Jabatan Pelajaran Negeri untuk tujuan pendaftaran persekolahan anak.
  - Jabatan Pelajaran Negeri akan mengambil maklum tentang pendaftaran anak anda untuk tujuan penempatan persekolahannya.
  - Sekiranya anak anda didaftarkan sebelum berumur 5 tahun, tuan/puan akan dihubungi oleh pihak Jabatan Pelajaran untuk cadangan penempatan semasa anak berumur 5 tahun.
  - Sekiranya tidak dihubungi setelah anak berumur 5 tahun, sila berhubung dengan Unit Pendidikan Khas, Jabatan Pelajaran Negeri masing-masing.
- 3.** Sila pastikan 1 salinan borang ini disimpan dengan baik dan dibawa bersama setiap kali membuat urusan berkaitan anak anda.
- 4. Pendaftaran Semula**
  - Pendaftaran semula boleh dilakukan sekiranya terdapat penukaran diagnosis, kategori ketidakupayaan atau tahap kefungsiian dengan mengisi borang berkenaan dan hantar ke Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah untuk tindakan.
  - Pendaftaran semula adalah perlu selepas umur 18 tahun dengan menggunakan Borang Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 tahun ke atas).

### MAKLUMAT KEPADA PEGAWAI PERUBATAN

- Borang ini hanya boleh diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta. Bahagian B (VI) - Kurang Upaya Mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri.
- Borang ini perlu diisi dalam 4 salinan. 1 salinan hendaklah disimpan dalam fail klien. 3 salinan lagi diberi kepada ibu/bapa/ penjaga untuk tujuan:
  - Pendaftaran dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (salinan asal).
  - Pendaftaran persekolahan dengan Jabatan Pelajaran Negeri.
  - 1 salinan disimpan oleh ibu/bapa/penjaga.

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## Lampiran II

Jabatan  
**KEBAJIKAN**  
Masyarakat



BPOKU (Pindaan 1/2009)

### BORANG PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA (18 TAHUN KE ATAS)

Negeri : ..... Daerah : ..... No. Pendaftaran : .....  
(Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya)  
Tarikh Daftar : .....

#### BAHAGIAN A: BIODATA PEMOHON (Diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

1. NAMA : .....

2. JANTINA :  Lelaki  Perempuan

3. KUMPULAN ETNIK :

Melayu  Cina  India  Pribumi Semenanjung  Pribumi Sabah  Pribumi Sarawak  
 Lain-Lain (Nyatakan) : .....

4. TARIKH LAHIR : 

Hari	Bulan			Tahun					

 5. UMUR : .....

6. NO KAD PENGENALAN :

Baru : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Lama : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. TAHAP PENDIDIKAN :

\* Sila tandakan (✓) yang berkenaan

Tidak Bersekolah  Sekolah Rendah  Sekolah Menengah  Sekolah Menengah Vokasional/Teknik  Institusi Pengajian Tinggi  
 Lain-Lain (Nyatakan) : .....

Jika masih belajar nyatakan nama sekolah/institusi pendidikan : .....

8. STATUS PEKERJAAN :

Tidak Bekerja  Bekerja

9. PEKERJAAN : .....

10. PENDAPATAN SEBULAN (RM) : .....

11. NO TELEFON :

Rumah : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Pejabat : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon bimbit : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Faksimile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. E-MEL : .....

13. ALAMAT RUMAH :

.....

Poskod: 

--	--	--	--	--

14. ALAMAT SURAT - MENYURAT :  
(selain dari alamat di atas)

.....

Poskod: 

--	--	--	--	--

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI \*(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

\*Sila tandakan (√) yang berkenaan

1. NAMA : .....

2. NO KAD PENGENALAN/NO PASPORT :

Baru :

Lama :

3. WARGANEGARA :

Malaysia  Lain-Lain (Nyatakan) : .....

4. NO TELEFON :

Rumah :

Telefon bimbit :

Pejabat :

Faksimile :

5. E-MEL : .....

6. PEKERJAAN : .....

7. PENDAPATAN SEBULAN (RM) : .....

8. ALAMAT RUMAH :

.....  
..... Poskod:

9. ALAMAT SURAT - MENYURAT :

(selain dari alamat di atas)

.....  
..... Poskod:

## BAHAGIAN B : KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pemohon/Ibu/Bapa/Penjaga/Suami/Isteri)

Saya, ..... (Nama/No KPT pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri penama) di atas (sila tandakan yang berkenaan) bersetuju agar Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta mengeluarkan maklumat perubatan kepada Pendaftar OKU Negeri/Penolong Pendaftar OKU Daerah, Jabatan Kebajikan Masyarakat.

Tarikh : .....

.....  
Tandatangan/Cap Jari Pemohon/Penjaga/Ibu/Bapa/Suami/Isteri

## BAHAGIAN C : MAKLUMAT BERKAITAN PENYAKIT (yang menyebabkan ketidakupayaan)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan / Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

(Bagi penyakit mental hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)

Diagnosis Utama.....  
.....  
.....

Tarikh : .....

.....  
(Tandatangan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)  
NAMA :  
JAWATAN/COP RASMI :

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

## BAHAGIAN D : MAKLUMAT BERKENAAN KETIDAKUPAYAAN (*DISABILITY*)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

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> <p><input type="checkbox"/> Minimum      <input type="checkbox"/> Sederhana 20 - &lt; 30 dB      30 - &lt; 60 dB</p> <p><input type="checkbox"/> Teruk (<i>Severe</i>)      <input type="checkbox"/> Sangat Teruk 60 - &lt; 90 dB      (<i>Profound</i>) ≥ 90 dB</p> <p><b>II. Kurang Upaya Penglihatan</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Bagi individu yang mempunyai kurang penglihatan di kedua-dua 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</b> (Penglihatan lebih teruk dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 20 darjah dari <i>fixation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Buta</b> (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari <i>fixation</i>)</p>	<p><b>III. Kurang Upaya Pertuturan</b> (*Hanya boleh disahkan oleh pakar) <input type="checkbox"/></p> <p><b>IV. Kurang Upaya Fizikal</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Limb Defects (Acquired/Congenital)</i> <input type="checkbox"/> <i>Spinal Cord Injury</i> <input type="checkbox"/> <i>Stroke</i> <input type="checkbox"/> <i>Traumatic Brain Injury</i> } <i>Hanya sekiranya tiada pengembalian fungsi setelah 6 bulan</i> <input type="checkbox"/> <i>Cerebral Palsy</i> <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Nyatakan) : .....</p> <p><b>V. Masalah Pembelajaran</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sindrom Down      <input type="checkbox"/> ADHD      <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Kurang Upaya Intelektual <input type="checkbox"/> Minimum      <input type="checkbox"/> Sederhana      <input type="checkbox"/> Teruk <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>(*Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Organic Mental Disorder</i> <input type="checkbox"/> <i>Schizophrenic, Paranoid &amp; other Psychotic Disorder</i> <input type="checkbox"/> <i>Mood Disorder (Depression, Bipolar)</i></p>
---	---

## BAHAGIAN E : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

Tandakan (√) hanya pada SATU kategori utama SAHAJA

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

## BAHAGIAN F : MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN (JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN)

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

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>					

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

### BAHAGIAN G : MAKLUMAT TAMBAHAN BERKAITAN JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

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.</i> <i>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.</i> <i>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 H : MAKLUMAT BERKAITAN CADANGAN BANTUAN ANGGOTA TIRUAN/SOKONG BANTU/LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Swasta)

I. Anggota tiruan/sokong bantu/ortosis	<input type="checkbox"/>
Nyatakan .....	
II. Bantuan penjagaan OKU terlantar	<input type="checkbox"/>
III. Bantuan OKU tidak berupaya bekerja	<input type="checkbox"/>
<b>CATATAN :</b> Pertimbangan bantuan tertakluk kepada syarat, kriteria dan penilaian yang ditetapkan oleh Jabatan Kebajikan Masyarakat	

### BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR PERUBATAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta)

TARIKH : .....	..... (Tandatangan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)
	NAMA :
	JAWATAN/COP RASMI :

#### MAKLUMAT UNTUK PEMOHON/IBU/BAPA/PENJAGA/SUAMI/ISTERI

- Permohonan untuk pendaftaran perlu mendapat pengesahan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta kecuali mereka yang mempunyai ketidakupayaan fizikal yang ketara seperti kudung. Bagi mereka yang memerlukan perkhidmatan lain seperti anggota tiruan/alat sokong bantu perlu mendapat laporan perubatan.
- Permohonan disertakan bersama dokumen berikut :
  - Salinan Sijil Kelahiran/Kad Pengenalan
  - 3 keping gambar berukuran Kad Pengenalan
  - Borang Permohonan Pendaftaran Orang Kurang Upaya (18 tahun ke atas)
- Setiap OKU yang berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat akan dikeluarkan Kad OKU.
- Kad OKU boleh diperbaharui sekiranya hilang, rosak atau terdapat perubahan kategori ketidakupayaan. Kad OKU yang diperbaharui akan menggunakan nombor pendaftaran lama kecuali apabila terdapat perubahan dari segi kategori. Sebarang perubahan kategori perlu mendapat Pengesahan Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta (jika perlu) dan akan didaftar semula dalam kategori yang baru.

**DIREKTORI JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT NEGERI**

- (a) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Perlis**  
Tingkat Bawah, Kompleks Pejabat Kerajaan Negeri Perlis, 01000 Kangar  
**Perlis**  
Tel : 04-9761957  
Faks : 04-9791401
- (b) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Kedah**  
Aras Bawah Blok C, Kompleks Persekutuan Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan Anak Bukit, 06550 Anak Bukit  
**Kedah**  
Tel: 04-7001700  
Faks: 04-7313407
- (c) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Pulau Pinang**  
Lapisan 30, KOMTAR  
10564 Pulau Pinang  
Tel : 04-2621957  
Faks : 04-2635964
- (d) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Perak**  
Lot 1516, Jln. Panglima Bukit Gantang Wahab, 30564 Ipoh  
**Perak.**  
Tel : 05-2545505  
Faks : 05-2544326
- (e) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Selangor**  
Tingkat 2, Bangunan Sultan Darul Ehsan No 3, Jalan Indah, Seksyen 14  
40000 Shah Alam  
**Selangor**  
Tel : 03-55445417  
Faks : 03-55190232
- (f) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur**  
Tingkat 9, Grand Seasons Avenue  
No. 72, Jalan Pahang  
53000 Kuala Lumpur  
Tel : 03-26124000  
Faks : 03-40428185
- (g) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Sembilan**  
Tingkat 1B, Wisma Negeri, Jln. Dato' Abd. Malek, 70000 Seremban  
**Negeri Sembilan**  
Tel : 06-7659555  
Faks : 06-7629541
- (h) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Melaka**  
No. 36-2 Tingkat 2, Jalan KC1, Bangunan Kota Cemerlang, 75450 Lebu Ayer Keroh  
**Melaka**  
Tel : 06-2324716 / 17  
Faks : 06-2319221
- (i) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Johor**  
Tingkat 4, Blok A, Wisma Persekutuan, Jln. Air Molek, 80000 Johor Bahru  
**Johor**  
Tel : 07-2282971  
Faks : 07-2240335
- (j) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Pahang**  
Lot 27 & 28, Bahagian Majlis Kebajikan dan Sukan Anggota-Anggota Kerajaan Pahang (MAKSAK), Sri Kuantan Square, Jalan Teluk Sisek, 25050 Kuantan  
**Pahang**  
Tel : 09-5159455  
Faks : 09-5165185
- (k) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Terengganu**  
Tingkat 1, Wisma Negeri, Jalan Pejabat 20564 Kuala Terengganu  
**Terengganu.**  
Tel : 09-6222444  
Faks : 09-6239864
- (l) **Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Kelantan**  
Blok 7, Kompleks Kota Darul Naim  
15564 Kota Bahru  
**Kelantan.**  
Tel : 09-7482117  
Faks : 09-7481264

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

- (m) **Jabatan Kebajikan Masyarakat  
Negeri Sarawak**  
Wisma Kebajikan, Lot 4273,  
Blok 14, Off Jalan Siol Kanan  
93564 Kuching  
**Sarawak**  
Tel : 082-449577  
Faks : 082-448741/082-448946
- (n) **Jabatan Perkhidmatan Kebajikan Am  
Negeri Sabah**  
Tingkat 4 & 5, Wisma Kebajikan,  
Jalan Sembulan, 88899 Kota Kinabalu  
**Sabah**  
Tel : 088-255133 / 134  
Faks : 088-224983
- (o) **Jabatan Kebajikan Masyarakat  
Wilayah Persekutuan Labuan**  
3(1), Tingkat 3, Blok 4, Ujana Kewangan,  
Jalan Merdeka, Peti Surat 205  
87008 **Wilayah Persekutuan Labuan**  
Tel : 087-424961  
Faks : 087-418185

## GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

Lampiran IV

### SENARAI HOSPITAL- HOSPITAL KERAJAAN YANG MENYEDIAKAN PERKHIDMATAN PERUBATAN REHABILITASI

- (a) Hospital Sungai Buloh  
47000 Sungai Buloh  
Tel : 03-61454333  
Faks : 03-61454222  
<http://hsgbuloh.moh.gov.my>
- (b) Hospital Kuala Lumpur  
Jalan Pahang  
50586 Kuala Lumpur  
Tel : 03-26155555  
Faks : 03-26911681  
<http://www.hkl.gov.my>
- (c) Hospital Seremban  
Jalan Rasah  
70300 Seremban  
Tel : 06-762 3333  
Faks : 06-762 5771  
<http://htjs.moh.gov.my>
- (d) Hospital Tengku Ampuan Rahimah  
Jalan Langat  
41200 Klang  
Tel : 03-3375 7000  
Faks : 03-3374 9557  
<http://htar.moh.gov.my>
- (e) Hospital Serdang  
Jalan Puchong  
43000 Kajang  
Tel : 03-89475555  
Faks : 03-89475210  
<http://hserdang.moh.gov.my/>
- (f) Hospital Sultanah Aminah  
Jalan Sungai Chat  
80100 Johor Bharu  
Tel : 07-2231666 / 282 2344  
Faks : 07- 2242964  
<http://hsajb.tripod.com>
- (g) Hospital Queen Elizabeth Sabah  
Karung Berkunci No 2029  
88586 Kota Kinabalu  
Tel : 088-218166  
Faks : 088-211999  
<http://qeh.moh.gov.my>
- (h) Hospital Raja Perempuan Zainab II  
(Hospital Kota Bharu)  
15586 Kota Bharu  
Tel : 09-7452 000  
Faks : 09-7486 951  
<http://hrpz2.moh.gov.my>
- (i) Hospital Tengku Ampuan Afzan  
(Hospital Kuantan)  
Jalan Tanah Putih  
25100 Kuantan  
Tel : 09-513 3333  
Faks : 09-514 2712  
<http://htaa.moh.gov.my>
- (j) Hospital Ipoh  
Jalan Hospital  
30450 Ipoh  
Tel : 05-253 3333  
Faks : 05-253 1541  
[www.hipoh.gov.my](http://www.hipoh.gov.my)
- (k) Hospital Pulau Pinang  
Jalan Resideni  
10990 Pulau Pinang  
Tel : 04-2293333  
Faks : 04 -2281737  
<http://hpp.moh.gov.my>

# GARIS PANDUAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

Lampiran V

## SENARAI ORGANISASI BUKAN KERAJAAN (NGO) PERINGKAT KEBANGSAAN YANG TERLIBAT DENGAN ORANG KURANG UPAYA

- (a) **Majlis Pemulihan Malaysia**  
Bilik 3 Tingkat 4, Bangunan Sultan Salehuddin  
Abdul Aziz Shah, No.16 Lorong Utara A  
46200 Petaling Jaya  
**Selangor**  
Tel : 03-79553510  
Faks : 03-79553514
- (b) **Majlis Kebangsaan Bagi  
Orang Buta Malaysia**  
No.94B, Jalan Tun Sambanthan  
50470 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-22724950 / 03-22735508  
Faks : 03-22724960
- (c) **Persatuan Bagi  
Orang Buta Malaysia (MAB)**  
Kompleks MAB, Jalan Tebing, Off Jalan Tun  
Sambanthan 4  
Brickfields, 50470 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-22722677  
Faks : 03-22822676
- (d) **Pertubuhan Orang Cacat  
Penglihatan Malaysia**  
No. 40-A, Jalan Padang Bella, Brickfields  
50470 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-22746162  
Faks : 03-22743818
- (e) **Persekutuan Orang Pekak Malaysia**  
No.6-13A, Menara KLH, Bandar Puchong Jaya,  
47100 Puchong  
**Selangor**  
Tel : 03-80708930 / 03-80709308  
Faks : 03-80761090
- (f) **Persatuan Kebangsaan Pekak Malaysia**  
(National Society For The Deaf)  
25A, Jalan Kampung Pandan  
55100 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-92870739  
Faks : 03-92870739
- (g) **Pertubuhan Kebangsaan  
Orang Kerdil Malaysia**  
29A, Tingkat 1, Jalan Sarikei,  
Off Jalan Pahang  
53000 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-40235302 / 012-3009913  
Faks : 03-40223467
- (h) **Persatuan Sindrom Down Malaysia**  
79, Lingkung U Thant  
55000 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-42579818  
Faks : 03-42579818
- (i) **Persatuan Orang-Orang  
Cacat Anggota Malaysia**  
Wisma H.R.M Storey,  
28/14 Jalan Perumahan Gurney  
56000 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-26981800  
Faks : 03-26971801
- (j) **Persatuan Kesihatan Mental Malaysia**  
No.8 Jalan 4/33, Off Jalan Othman  
46050 Petaling Jaya  
**Selangor**  
Tel : 03-77825499  
Faks : 03-77825432
- (k) **Persatuan Untuk Kanak-Kanak Spastik  
Selangor & Wilayah Persekutuan**  
No.14, Lorong Utara A, Peti Surat 48  
46700 Petaling Jaya  
**Selangor**  
Tel : 03-79550296 / 03-79582393 /  
03-79578087  
Faks : 03-79567511
- (l) **Persatuan Kecederaan Spina Malaysia  
(MASIA)**  
3, Jalan 12/1, Taman Cheras Jaya, Balakong  
43200 Cheras, Selangor.  
Tel : 03-90803198  
Faks : 03-90803198
- (m) **Persatuan Kebangsaan Austima Malaysia**  
(The National Autistic Society Of Malaysia)  
No. 4, Jalan Chan Chin Mooi  
Off Jalan Pahang  
53200 **Kuala Lumpur**  
Tel : 03-40223744  
Faks : 03-40254495



