





## 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 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"/> Terhadap di kedua-dua belah mata (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"/> Buta di kedua-dua belah mata (Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fixation).</p> <p><input type="checkbox"/> Buta di sebelah mata</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>      <i>Hanya sekiranya tidak pengembalfan fungsi setelah 6 bulan</i>  <input type="checkbox"/> <i>Spinal Cord Injury</i>  <input type="checkbox"/> <i>Stroke</i>  <input type="checkbox"/> <i>Traumatic Brain Injury</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, membersih 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/skolah secara wajar.</i> <i>Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbuai, 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, berboigel di khulayak 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 Dan Pesakit Kronik Terlantar (BPT)	<input type="checkbox"/>
III. Bantuan OKU Tidak Berupaya Bekerja (BTB)	<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.