



## BORANG PERMOHONAN KEMUDAHAN CUTI KUARANTIN (PP BIL.11/2016)

Arahan: Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**

### BAHAGIAN I : BUTIRAN DIRI PEGAWAI

1. Nama Penuh : \_\_\_\_\_
2. No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_
3. Jawatan dan gred : \_\_\_\_\_
4. No. Pekerja : \_\_\_\_\_
5. Jabatan/ Bahagian/  
Fakulti/Kampus : \_\_\_\_\_

### BAHAGIAN II : BUTIRAN ANAK

6. Nama Anak : \_\_\_\_\_
7. No. Kad Pengenalan /  
MyKid/No. Sijil Kelahiran/  
Sijil Kelahiran Pengangkatan : \_\_\_\_\_
8. Umur Anak : \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan (pada tarikh kuarantin)

(Syarat anak dikuarantin) :

i. Bawah 18 tahun

ii. Bawah 21 tahun jika masih belajar

iii. Dengan tidak mengira usia anak tersebut, sekiranya cacat otak dari segi jasmani dan secara kekal serta tidak berupaya mengganggu dirinya sendiri, dengan syarat kesemua perkara tersebut berlaku ketika usia anak itu di bawah 21 tahun)

9. Hubungan dengan pegawai  Anak kandung  
 Anak tiri tanggungan  
 Anak pelihara  
 Anak angkat *de facto*  
 Anak angkat  
 Anak jagaan : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Perakuan kuarantin mulai dari : \_\_\_\_\_ (tarikh) hingga \_\_\_\_\_ (tarikh)

(\* Sila lampirkan perakuan kuarantin yang dikeluarkan oleh pegawai perubatan Kerajaan/Swasta)

Keluaran : 01	Pindaan : 00	Tarikh :
---------------	--------------	----------

11. Jenis penyakit berjangkit (sila ✓ pada kotak dibawah):

- Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut (HFMD)
- Demam Denggi dan Demam Denggi Berdarah
- Campak (Measles)
- Chickenpox
- Difteria
- Malaria
- Covid-19
- Influenza
- Batuk Kokol (Pertussis)

### BAHAGIAN III : PENGESAHAN PEGAWAI

12. Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di Bahagian I dan II adalah benar. Sehubungan itu, saya memohon kemudahan Cuti Kuarantin selama \_\_\_\_\_ hari, pada/mulai \_\_\_\_\_ sehingga \_\_\_\_\_

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

### BAHAGIAN IV : PENGESAHAN DAN KEPUTUSAN KETUA JABATAN

13. Permohonan kemudahan Cuti Kuarantin bagi pegawai adalah **DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN\*** pada/mulai \_\_\_\_\_ sehingga \_\_\_\_\_  
(tempoh yang boleh diluluskan maksimum 5 hari sepanjang tempoh perakuan)\*\*

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama dan Jawatan : \_\_\_\_\_  
(cop rasmi)

Tarikh : \_\_\_\_\_

(\*\* potong mana yang tidak berkenaan)\*\* sila rujuk FAQ PPBil 11/2016)