|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SENARAI SEMAK PERMOHONAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK** | | | | | |
| **BAHAGIAN I : MAKLUMAT AM** *(Diisi oleh pemohon)* | | | | | |
| 1. | Nama | | : |  | |
| 2. | No. Staf | | : |  | |
| 3. | Pusat Tanggungjawab/ Jabatan/ Bahagian/ Seksyen/ Unit/ Wad/ Klinik | | : |  | |
| Tandakan (/) dalam kotak yang berkenaan : | | | | | |
| *Kegunaan Pemohon* | | **LAMPIRAN YANG DIPERLUKAN** | | | *Kegunaan Pejabat Pendaftar* |
|  | | Salinan sijil Pos Basik / Diploma Lanjutan | | |  |
|  | | Senarai tugas terkini pegawai | | |  |
|  | | Borang Permohonan Bayaran Insentif Pos Basik (BIPB) | | |  |
|  | | Borang Perakuan dan Kelulusan Pemberhentian Pembayaran Bayaran Insentif Pos Basik (BIPB)  (bagi membuat pemberhentian bayaran sahaja) | | |  |
|  | | Bidang-bidang Pos Basik/ Diploma Lanjutan Yang Telah Diluluskan Pembayaran Bayaran Insentif Pos Basik (Lampiran A) | | |  |
| Catatan  \*Setiap lampiran hendaklah **DISAHKAN** oleh Ketua Pusat Tanggungjawab.  \*Sila pastikan dokumen-dokumen yang dilampirkan **disusun** mengikut urutan seperti di dalam senarai semak. | | | | | |
| **BAHAGIAN II : UNTUK KEGUNAAN PEJABAT** | | | | | |
| Permohonan ini :  **\*LENGKAP / TIDAK LENGKAP**  Catatan :  **\*LAYAK / TIDAK LAYAK**  Catatan :  Tarikh terima permohonan : | | | | | |
|  | | | | | |



|  |  |
| --- | --- |
| Adalah dengan ini disahkan bahawa segala maklumat di atas adalah benar:  ................................................................  (Tandatangan Pegawai & Cop Jabatan)  Tarikh : | Diperakukan untuk bayaran:  ....................................................................................  Pendaftar  (Tandatangan & Cop Jabatan)  Tarikh : |



**SYARAT-SYARAT PEMBAYARAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK (BIPB)**

BIPB layak dibayar kepada semua anggota paramedik tertakhluk kepada syarat-syarat seperti berikut:

1. Anggota paramedik memiliki sijil pos basik atau diploma lanjutan dalam bidang-bidang yang telah diluluskan pembayaran BIPB oleh kerajaan dari semasa ke semasa. Senarai terkini bidang-bidang pos basik dan diploma yang telah diluluskan pembayaran BIPB adalah di **Lampiran A**;
2. Anggota paramedik mestilah melaksanakan tugas yang memerlukan mereka menggunakan pengetahuan dan kemahiran dalam bidang pos basik atau diploma lanjutan yang dimiliki pada tahap yang ditetapkan. Tugas-tugas tersebut adalah seperti berikut:
   1. Tugas-tugas dalam perkhidmatan atau bidang yang berkaitan dengan sijil yang dimiliki;
   2. Tugas-tugas penyeliaan dan pemantauan ke atas perkhidmatan yang berkaitan dengan sijil yang dimiliki;
   3. Tugas-tugas pengajaran misalnya yang dilaksanakan oleh *Clinical Instructor* dalam bidang yang berkaitan dengan sijil yang dimiliki; dan
   4. Tugas-tugas penyediaan program atau penggubalan dasar yang berkaitan dengan sijil yang dimiliki.
3. Kadar bayaran BIPB sebanyak RM100.00 sebulan dibayar kepada anggota paramedik tanpa mengikut gred.
4. Hanya satu sahaja PIPB yang boleh diterima oleh anggota paramedik walaupun mempunyai lebih dari satu sijil pos basik atau diploma lanjutan; dan
5. Anggota paramedik yang bertugas merawat pesakit jiwa, tibi dan kusta serta memiliki sijil pos basik atau diploma lanjutan hanya layak menerima satu bayaran insentif sahaja iaitu Bayaran Insentif Merawat Pesakit Jiwa, Tibi dan Kusta atau BIPB.

**PEMBERHENTIAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK**

1. Pembayaran BIPB mestilah diberhentikan sekiranya anggota paramedik tidak memenuhi syarat-syarat pembayaran BIPB yang telah ditetapkan. Pembayaran BIPB juga mestilah diberhentikan mengikut tempoh cuti bagi anggota paramedik yang mengambil:
2. Cuti Tanpa Gaji;
3. Cuti Separuh Gaji;
4. Cuti Belajar Bergaji Penuh (melebihi tiga bulan);
5. Cuti rehat yang melebihi 28 hari berturut-turut termasuk Hari Rehat Mingguan dan Kelepasan Am;
6. Cuti selain daripada Cuti Rehat yang melebihi 28 hari berturut-turut termasuk Hari Rehat Mingguan dan Kelepasan Am;
7. Kombinasi mana-mana jenis cuti yang melebihi 28 hari berturut-turut termasuk Hari Rehat Mingguan dan Kelepasan Am; dan
8. Menjalankan tugas rasmi selain daripada tugas hakiki atas arahan Ketua Jabatan yang melebihi 92 hari berturut-turut.



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BORANG PERMOHONAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK** | | | |
| **Arahan:** -Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.  - Potong yang mana tidak berkenaan.  - Pemohon perlu **mengemukakan sijil-sijil berkaitan dan *Job Description (JD).*** | | | |
| **BAHAGIAN I : BUTIRAN DIRI** | | | |
| 1. | Nama | : |  |
| 2. | No Kad Pengenalan | : |  |
| 3. | Jawatan & Gred | : |  |
| 4. | Pusat Tanggungjawab/ Jabatan/ Bahagian/ Seksyen/ Unit/ Wad/ Klinik | : |  |
| 5. | Status Jawatan | : |  |
| 6. | Bidang Pos Basik | : |  |
| Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan di **BAHAGIAN I** adalah benar.  Tarikh : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Tandatangan Pemohon) | | | |
| **BAHAGIAN II : PENGESAHAN PENYELIA** | | | |
| Disahkan bahawa ............................................................ (nama), .............................................................................. (jawatan dan gred) yang ditempatkan di .................................................................. (Pusat Tanggungjawab/Jabatan/Bahagian/Seksyen/Unit/Wad/Klinik) memiliki sijil pos basik dalam bidang ....................................................... di mana pengetahuan/kemahiran pegawai dalam bidang tersebut **digunakan/tidak digunakan\* pada tahap yang ditetapkan dalam menjalankan tugas mulai** ....................................................   |  |  | | --- | --- | | Tandatangan Penyelia | : | | Nama | : | | Jawatan | : | | Tarikh | : | | | | |
| **BAHAGIAN III : KELULUSAN KETUA PUSAT TANGGUNGJAWAB** | | | |
| Disahkan bahawa ......................................................... (nama), ........................................................................ (jawatan dan gred) adalah **layak/tidak layak\*** dibayar Bayaran Insentif Pos Basik kerana **menggunakan/tidak menggunakan\*** pengetahuan/kemahiran dalam bidang pos basik yang dimiliki **pada tahap yang ditetapkan dalam menjalankan tugas mulai** ..........................................................   |  |  | | --- | --- | | Tandatangan Ketua Jabatan | : | | Nama | : | | Jawatan | : | | Tarikh | : | | | | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BORANG PERAKUAN DAN KELULUSAN PEMBERHENTIAN PEMBAYARAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK (BIPB)** | | | |
| **Arahan:** -Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.  - Potong yang mana tidak berkenaan.  - Pemohon perlu **mengemukakan sijil-sijil berkaitan dan *Job Description (JD).*** | | | |
| **BAHAGIAN I : BUTIRAN DIRI** | | | |
| 1. | Nama | : |  |
| 2. | No Kad Pengenalan | : |  |
| 3. | Jawatan & Gred | : |  |
| 4. | Pusat Tanggungjawab/ Jabatan/ Bahagian/ Seksyen/ Unit/ Wad/ Klinik | : |  |
| 5. | Status Jawatan | : |  |
| 6. | Bidang Pos Basik | : |  |
| Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan di **BAHAGIAN I** adalah benar.  Tarikh : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Tandatangan Pemohon) | | | |
| **BAHAGIAN II : PERAKUAN PENYELIA** | | | |
| Disahkan bahawa ................................................................. (nama), .............................................................................. (jawatan dan gred) yang ditempatkan di .................................................................. (Pusat Tanggungjawab/Jabatan/Bahagian/Seksyen/Unit/Wad/Klinik) dan telah menerima Bayaran Insentif Pos Basik **tidak memenuhi syarat-syarat pembayaran BIPB yang telah ditetapkan mulai** ....................................................   |  |  | | --- | --- | | Tandatangan Penyelia | : | | Nama | : | | Jawatan | : | | Tarikh | : | | | | |
| **BAHAGIAN III : KELULUSAN KETUA PUSAT TANGGUNGJAWAB** | | | |
| Disahkan bahawa pembayaran BIPB bagi ......................................................... (nama), ........................................................................ (jawatan dan gred) yang ditempatkan di ........................................................... (Pusat Tanggungjawab/Jabatan/Bahagian/Seksyen/Unit/Wad/Klinik) diberhentikan pembayaran mulai ............................................. kerana **tidak memenuhi syarat-syarat pembayaran BIPB yang telah ditetapkan.**   |  |  | | --- | --- | | Tandatangan Ketua Pusat Tanggungjawab | : | | Nama | : | | Jawatan | : | | Tarikh | : | | | | |



**LAMPIRAN A**

**BIDANG-BIDANG POS BASIK/DIPLOMA LANJUTAN YANG TELAH DILULUSKAN PEMBAYARAN BAYARAN INSENTIF POS BASIK**

|  |  |
| --- | --- |
| **BIL** | **BIDANG POS BASIK/DIPLOMA LANJUTAN** |
|  | Kebidanan |
|  | Kejururawatan Kesihatan Awam |
|  | Perawatan Neonat |
|  | Perawatan Pediatrik |
|  | Anestesia |
|  | Kecemasan (Advance Emergency Medical & Trauma Care) |
|  | Perawatan Perianestesia |
|  | Perawatan Otorinolaringologi |
|  | Perawatan Gerontologi |
|  | Perawatan Koronari |
|  | Perawatan Oftalmik |
|  | Perawatan Onkologi |
|  | Perawatan Ortopedi |
|  | Perawatan Perioperatif |
|  | Perawatan Psikiatri |
|  | Perawatan Rapi |
|  | Perawatan Renal |
|  | Perawatan Neurosains |
|  | Sitologi |
|  | Transfusi Perubatan/Transfusi Darah |
|  | Hemostasis/Hematologi |
|  | Muskulo-Skeletal |
|  | Tomografi Berkomputer |
|  | Pembedahan Mulut (Maksilofasial) |
|  | Perawatan Ortodontik |
|  | Perawatan Periondontik |
|  | Pengurusan Diabetis |
|  | *Gastrointestinal Endoscopy* |
|  | Forensik |
|  | Penjagaan Kesihatan Primer |
|  | Perawatan Rehabilitasi |
|  | Perubatan Sukan |
|  | Kawalan Infeksi |
|  | Kaunseling HIV/AIDS |
|  | Mikrobiologi |
|  | Pengimejan Payudara |
|  | Pergigian Paediatrik |