

UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA

SENARAI SEMAK PERMOHONAN TUNTUTAN UJIAN PENGESANAN COVID-19 STAF UTM


Nama Pemohon :
No. Pekerja / No. K/P :
Fakulti / PTJ :

Bil	Nama Dokumen	Ada / Tidak (√)	Pengesahan PSM Ada / Tidak (√)
1.	Borang Permohonan Tuntutan Pelaksanaan Ujian Pengesanan COVID-19 i. Setiap tuntutan perlu menggunakan borang yang telah dikemaskini dan boleh didapati di dalam Laman Web Pejabat Pendaftar – Bahagian Pengurusan Organisasi bagi kategori borang perubahan. (https://registrar.utm.my/bpo/services/perubatan-staf/) ii. Borang perlu diisi dengan lengkap beserta tandatangan perakuan Ketua Jabatan.		
2.	Dokumen Kewangan : Resit ASAL *Semua tuntutan pembayaran hendaklah dikemukakan tidak lewat dari 3 (tiga) bulan dari tarikh akhir aktiviti berkenaan. *Tuntutan pembayaran yang dikemukakan selepas tempoh tersebut tidak akan dipertimbangkan untuk bayaran. <i>(Sumber : Pekeliling Pejabat Bendahari Bil. 8 Tahun 2010 – Panduan Pentadbiran Kewangan)</i>		
3.	Lain -lain dokumen tambahan (jika ada)		

***Ruangan ini hendaklah diisi oleh PSM PTJ**

Tandatangan :
Nama Penerima :
Tarikh Terima :
Status :

(Lengkap / Tidak Lengkap)

 UTM <small>UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA</small>	UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA	Edisi: 4 Pindaan: 0 Tarikh Kuatkuasa: 19.8.2021
	BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN KOS UJIAN PENGESANAN COVID-19	

Ketua Jabatan

.....
.....
.....

(U/p))

Saudara,

PERMOHONAN TUNTUTAN BAYARAN BALIK PELAKSANAAN UJIAN PENGESANAN COVID-19

Merujuk kepada perkara di atas, saya No. Pekerja :
dari Fakulti/Jabatan/Pejabatingin memohon tuntutan
bayaran balik ke atas Ujian Pengesanan COVID-19.

2. Saya telah membuat ujian saringan di **(Klinik/Hospital)**
pada kerana
.....
.....

3. Bersama-sama ini disertakan resit bayaran bernombor bertarikh
dan berjumlah **RM**.....

4. Saya mengesahkan bahawa saya adalah Kontak Rapat B kepada Kes Indeks/Positif COVID-19,
dan telah mendapat pengesahan daripada PSM PTJ berhubung keperluan untuk menjalani Ujian
Pengesanan Covid-19 dengan segera.

Saya mengaku bahawa tuntutan ini adalah benar.

Yang benar,

.....
(.....)
Samb. :.....

*Potong yang tidak berkenaan

ULASAN PEGAWAI PSM/KEWANGAN PTJ

Saya mengesahkan bahawa maklumat tuntutan ini adalah benar dan mematuhi syarat-syarat berikut:

a. Staf merupakan kontak rapat B dan disahkan oleh Pusat Kesihatan Universiti /
Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

b. Arahan Ketua Jabatan

- Diluluskan pembayaran

- Tidak Diluluskan

Jumlah Tuntutan Yang Diluluskan : **RM**.....

.....
(Tandatangan)

Nama :

Jawatan :

Cop Jabatan :

Tarikh :

PERHATIAN :

- 1) Setiap tuntutan mestilah lengkap berdasarkan senarai semak yang telah disahkan.
- 2) Semua tuntutan pembayaran hendaklah dikemukakan **tidak lewat dari 3 (tiga) bulan** dari tarikh akhir aktiviti berkenaan. Tuntutan pembayaran yang dikemukakan selepas tempoh tersebut **TIDAK** akan dipertimbangkan untuk bayaran.

(Sumber : Pekeliling Pejabat Bendahari Bil. 8 Tahun 2010 – Panduan Pentadbiran Kewangan

