

Jabatan
KEBAJIKAN
Masyarakat

Gambar

BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN ORANG KURANG UPAYA

1. Negeri 2. Daerah 3. No Pendaftaran
(Untuk Kegunaan Pejabat)

4. Jenis Pendaftaran ☐ Pendaftaran Baharu
(Rujuk Jadual 1 ☐ Pendaftaran Semula (No. Pendaftaran Lama :)
di mukasurat 6) ☐ Perubahan Kategori & Sub Kategori OKU (No. Pendaftaran sedia ada :)
☐ Penggantian Kad (No. Pendaftaran sedia ada :)

5. Tarikh Daftar

MAKLUMAT UNTUK PEMOHON / WAKIL / WARIS TERDEKAT

- 1 Pendaftaran OKU boleh dibuat di mana-mana Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah dengan mengemukakan dokumen-dokumen berikut:
- Borang Permohonan Pendaftaran OKU (BPPOKU) Pindaan 2019 yang lengkap, ditandatangani dan dicop oleh Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan yang berdaftar dengan Malaysia Medical Council (MMC) atau Pakar Perubatan yang berdaftar dengan National Specialist Register of Malaysia (NSR)
 - 1 salinan sijil kelahiran / MyKid / MyKad
 - 1 keping gambar berukuran passport bagi pemegang sijil kelahiran / MyKid sahaja.
- 2 Bagi kes yang mempunyai ketidakupayaan jelas iaitu kudung kaki, kudung tangan, kudung ibu jari tangan atau kudung ibu jari kaki sahaja dikecualikan daripada pengesahan Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan.
- 3 Pemohon perlu membuat salinan borang yang telah dilengkapkan untuk tujuan berikut jika perlu:
- 1 salinan borang diserahkan kepada pihak Hospital/ Klinik
 - 1 salinan borang ke Jabatan Pelajaran Negeri/ Pejabat Pendidikan Daerah bagi tujuan pendaftaran persekolahan
 - 1 salinan borang untuk simpanan dan rujukan
- 4 Bagi pemohon yang telah berhenti menjadi OKU mengikut Seksyen 25(3) Akta Orang Kurang Upaya 2008, Kad OKU hendaklah diserahkan semula kepada Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah yang berhampiran.

BAHAGIAN A : BIODATA PEMOHON (hendaklah diisi oleh Pemohon / Wakil / Waris Terdekat)

MAKLUMAT PERIBADI

1. No. MyKad/MyKid

2. No. KP Tentera

3. Nama Penuh :

4. Status Perkahwinan ☐ Tidak Berkahwin ☐ Berkahwin ☐ Balu/ Duda ☐ Berceraai ☐ Berpisah ☐ Tiada Maklumat

5. Bilangan Anak : orang

6. No. Telefon Rumah -

7. No. Telefon Pejabat -

8. No. Telefon Bimbit -

9. Alamat E-mel

10. Alamat Surat-Menyurat

11. Bandar 12. Poskod 13. Negeri

MAKLUMAT PENDIDIKAN

1. Tahap Pendidikan ☐ Tidak bersekolah ☐ Pra-Sekolah ☐ Sekolah Rendah ☐ Sekolah Menengah ☐ Kolej Vokasional/Teknik

☐ Sijil ☐ Diploma ☐ Sarjana Muda ☐ Sarjana ☐ Doktor Falsafah ☐ Lain-lain, Nyatakan:

2. Bidang pengajian (nyatakan) 3. Nama Institusi

MAKLUMAT PEKERJAAN

1. Sektor Pekerjaan ☐ Kerajaan ☐ Badan berkanun ☐ Swasta ☐ Pertubuhan Bukan Kerajaan ☐ Bekerja sendiri ☐ Tidak Berkenaan

2. Status Pekerjaan ☐ Tidak Bekerja ☐ Majikan ☐ Pekerja Kerajaan ☐ Pekerja Swasta ☐ Bekerja Sendiri ☐ Pesara

3. Pekerjaan

4. Nama Majikan 5. No. Tel. Majikan

6. Alamat Majikan

7. Bandar 8. Poskod 9. Negeri

10. Pendapatan (RM) ☐ Di bawah RM500.00 ☐ RM500.00-RM999.00 ☐ RM1,000.00-RM1,999.00 ☐ RM2,000.00-RM2,999.00
☐ RM3,000.00-RM3,999.00 ☐ RM4,000.00 dan ke atas 11. Sumber Pendapatan Lain (Perkeso, Pencen, dsb)

12. Adakah anda memerlukan pekerjaan atau sedang mencari pekerjaan? ☐ Ya ☐ Tidak

MAKLUMAT WARIS TERDEKAT

1. No MyKad

2. No. Pasport

3. Nama Penuh :

4. Warganegara ☐ Malaysia ☐ Lain-lain (Nyatakan):

5. Hubungan : ☐ Ibu ☐ Bapa ☐ Suami/isteri ☐ Penjaga
☐ Saudara kandung ☐ Lain-lain (nyatakan)

6. Pekerjaan

7. Pendapatan Sebulan (RM) ☐ Di bawah RM500.00 ☐ RM500.00-RM999.00 ☐ RM1,000.00-RM1,999.00 ☐ RM2,000.00-RM2,999.00
☐ RM3,000.00-RM3,999.00 ☐ RM4,000.00 dan ke atas

8. Alamat Tetap

9. Poskod

10. Bandar

11. Negeri

12. No. Tel. Rumah -

13. No. Tel. Pejabat -

14. No. Tel. Bimbit -

15. Alamat E-mel

16. Alamat Surat-Menyurat

17. Poskod

18. Bandar

19. Negeri

BAHAGIAN B: PENGESAHAN PERMOHONAN PENDAFTARAN (UNTUK KETIDAKUPAYAAN JELAS SAHAJA)*(Hendaklah diisi dan ditanda (✓) pada ruang yang berkenaan oleh Penolong Pendaftar bagi pemohon yang mempunyai ketidakupayaan jelas)*1. Keperluan Pengesahan Pegawai Perubatan ☐ Ya ☐ Tidak

2. Keterangan Kurang Upaya

(Tandatangan Penolong Pendaftar)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

Tarikh :

BAHAGIAN C: KEIZINAN MENGELUARKAN MAKLUMAT PERUBATAN*(Hendaklah diisi oleh pemohon/waris terdekat bagi permohonan yang memerlukan diagnosa perubatan)*1. Saya 2. No. Kad Pengenalan

(Nama/No. KP pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kandung/lain-lain....., sila tandakan yang berkenaan) bersetuju agar Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan mengeluarkan maklumat perubatan kepada Pendaftar OKU Negeri/Penolong Pendaftar OKU Daerah, Jabatan Kebajikan Masyarakat

3. Hubungan ☐ Sendiri ☐ Ibu ☐ Bapa ☐ Suami/Isteri ☐ Penjaga ☐ Saudara kandung☐ Lain-lain Hubungan, Nyatakan4. Tarikh Tandatangan/cap jari pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kandung
lain-lain (nyatakan)**BAHAGIAN D : DIAGNOSA PERUBATAN MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN***(Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan. Sila rujuk Jadual 1 di mukasurat 6).**(Ditulis dengan JELAS dan HURUF BESAR)*

1. Diagnosis Utama

2. Keadaan Pesakit : ☐ Tidak boleh dipulihkan ☐ Berpotensi untuk dipulihkan
Nyatakan tempoh masa :

3. Tarikh :

(Tandatangan Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Pakar Perubatan)

Nama

Jawatan/Cop Rasmi

No. Pendaftaran NSR/MMC :

BAHAGIAN E : MAKLUMAT BERKENAAN KURANG UPAYA (DISABILITY)

(Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan) Tandakan (✓) jenis ketidakupayaan dalam petak yang bersesuaian. Sila tanda lebih daripada satu sekiranya berkenaan. Sila rujuk Jadual 2 di mukasurat 6)

☐ **I : PENDENGARAN**☐ **Bilateral Hearing Loss**

Tahap pendengaran (Purata 4 frekuensi pada 500Hz, 1KHz, 2KHz, 4KHz)

Telinga KanandBHL Telinga Kiri dBHL

Sila tandakan pada petak mengikut tahap pendengaran di telinga yang lebih baik (*better hearing ear*)

- ☐ Ringan kanak-kanak (30-40 dBHL) ☐ Ringan dewasa (40 dBHL)
- ☐ Sederhana (*moderate*) (41-70 dBHL)
- ☐ Teruk (*severe*) (71-90 dBHL) ☐ Sangat teruk (91 dBHL dan ke atas)

☐ **Single Sided Deafness (SSD)**

Hanya bagi kes sangat teruk (profound) 91 dBHL dan ke atas di sebelah telinga sahaja berdasarkan purata 4 frekuensi pada : (500Hz, 1KHz, 2KHz, 4KHz)

☐ Telinga KanandBHL ☐ Telinga Kiri dBHL

☐ **Kecacatan Telinga Kekal/ Sindrom Berkaitan**

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Otorinolaringologi)

- ☐ Microtia Unilateral ☐ Microtia Bilateral
- ☐ Atresia Unilateral ☐ Atresia Bilateral
- ☐ Anotia Unilateral ☐ Anotia Bilateral

☐ **Lain-lain (Nyatakan :)**

(Tandatangan)

Jawatan/Cop Rasmi

Pegawai Pemulihan Perubatan (Pendengaran)

(Tandatangan)

Jawatan/Cop Rasmi

Pakar Otorinolaringologi

☐ **II. PERTUTURAN**

(Bagi kanak-kanak, mestilah berdasarkan penilaian pada umur lima (5) tahun ke atas atau umur yang lebih awal bagi kes tertentu yang disahkan Pakar)

☐ **Kecelaruan Pertuturan dan Bahasa /Kecelaruan komunikasi kompleks**

(*Complex Communication Disorders*)

- ☐ Pediatric speech and language disorders (kanak-kanak)
- ☐ Aphasia (Dewasa)
- ☐ Lain-lain (Nyatakan :)

☐ **Kecelaruan Pertuturan Motor (Motor Speech Disorder)**

- ☐ Apraxia ☐ Dysarthria
- ☐ Lain-lain (Nyatakan :)

☐ **Kecelaruan Suara (Voice Disorder)**

- ☐ Dysphonia ☐ Aponia
- ☐ Lain-lain (Nyatakan :)

☐ **Kecelaruan Kelancaran Pertuturan / Kegagapan**

(*Fluency Disorder*)

- ☐ Stuttering ☐ Cluttering
- ☐ Lain-lain (Nyatakan :)

☐ **Kecelaruan Resonan (Resonance Disorder)**

- ☐ Hypernasality ☐ Hyponasality
- ☐ Lain-lain (Nyatakan :)

(Tandatangan)

Jawatan/Cop Rasmi

Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)

(Tandatangan)

Jawatan/Cop Rasmi

Pakar Otorinolaringologi

☐ **III : PENGLIHATAN**

Tahap penglihatan selepas pembedahan dengan cermin mata/kanta sentuh:

Mata Kanan Mata Kiri

Sila tanda petak mengikut tahap penglihatan mata lebih baik

☐ **Terhad 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 fiksasi

☐ **Buta di kedua-dua belah mata**

Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fiksasi

☐ **Buta di sebelah mata**

Penglihatan kurang daripada 3/60 ATAU medan penglihatan kurang dari 10 darjah dari fiksasi

☐ **Lain-lain gangguan penglihatan kekal**

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Oftalmologi)

☐ **IV: PEMBELAJARAN**☐ **Global Developmental Delay (GDD)**

(Kanak-kanak berumur < 5 tahun)

- ☐ Ringan ☐ Sederhana ☐ Teruk

☐ **Sindrom Down**

- ☐ Ringan ☐ Sederhana ☐ Teruk

☐ **Attention Defisit Hyperactivity Disorder (ADHD)**

- ☐ Ringan ☐ Sederhana ☐ Teruk

☐ **Autisme**

- ☐ Ringan ☐ Sederhana ☐ Teruk

☐ **Intelektual**

(Kanak-kanak berumur > 5 tahun)

- ☐ Ringan ☐ Sederhana ☐ Teruk

☐ **Specific LD (Pembelajaran Spesifik)**

- ☐ Dyscalculia ☐ Dysgraphia ☐ Dyslexia

Sekiranya pemohon mempunyai lebih daripada satu (1) sub kategori, sila nyatakan yang dominan :

BAHAGIAN E (SAMBUNGAN): MAKLUMAT BERKENAAN KURANG UPAYA (DISABILITY)☐ **V: FIZIKAL**☐ **Limb Defect** Nyatakan:☐ *Acquired* ☐ *Congenital*☐ **Spinal Cord Injury**☐ **Stroke**☐ **Kerdil (cth : Achondroplasia)**☐ **Traumatic Brain Injury**☐ **Cerebral Palsy**☐ *Hemiplegia* ☐ *Diplegia* ☐ *Quadriplegia*☐ Lain-lain (Nyatakan) :☐ **Lain-lain** (Cth : *Duchenne Muscular Dystrophy* dan penyakit kronik yang menyebabkan kurang upaya fizikal)

Nyatakan :

☐ **VI: MENTAL**

(Hanya boleh disahkan oleh Pakar Psikiatri sahaja, pemohon mestilah telah menjalani rawatan sekurang-kurangnya dua (2) tahun)

☐ **Organic Mental Disorder** yang serius dan kronik
(*Dementia, Other mental disorder due to brain damage and dysfunction*)☐ **Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders**
(*Schizoaffective Disorders; Persistent Delusional Disorder; Other Non Organic Psychotic Disorders*)☐ **Mood Disorder**
(*Bipolar Affective Disorder; Recurrent Depressive Disorder; Persistent Mood Disorders; Other Mood Disorders*)☐ **Severe Anxiety Disorder**
(*Phobic Anxiety Disorders (Fobia); Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Mixed Anxiety Disorder; Obsessive Compulsive Disorder (OCD)*)**BAHAGIAN F : KATEGORI KETIDAKUPAYAAN**

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar.

Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Pendengaran ☐ | 3. Pertuturan ☐ | 5. Pembelajaran ☐ | Nyatakan satu (1) sub kategori yang dominan: |
| 2. Penglihatan ☐ | 4. Fizikal ☐ | 6. Mental ☐ | 7. Pelbagai (Multiple Disabilities) ☐ |

BAHAGIAN G : TAHAP KEFUNGSIAN BAGI KANAK-KANAK (DI BAWAH UMUR 18 TAHUN SAHAJA)

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar

Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan:

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**☐ Tiada ☐ Perlu bantuan separa ☐ Perlu bantuan sepenuhnya**IV. Masalah Tingkah Laku**☐ Tiada ☐ Perlu bantuan separa ☐ Perlu bantuan sepenuhnya**BAHAGIAN H : JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN (KANAK-KANAK DAN DEWASA)**

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar (optional bagi kanak-kanak)

Tandakan (✓) pada petak yang berkaitan (Sila rujuk Jadual 3 di mukasurat 6)

BIL.	DOMAIN	TAHAP				
		0 (Tiada)	1 (Sukar/ Terjejas)	2 (Bantuan Peralatan)	3 (Bantuan Penjaga & Peralatan)	4 (Terlantar)
I.	Ketidakupayaan Urus Diri (<i>Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi</i>)					
II.	Ketidakupayaan Pergerakan (<i>Berjalan, perpindahan tubuh badan/"transfer", memandu/"transport"</i>)					
III.	Ketidakupayaan Kemahiran Domestik (<i>Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah</i>)					
IV.	Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/"Dexterity functions". (<i>Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki</i>)					
		(Tiada)	(Ringan)	(Ketara)	(Teruk)	(Amat Teruk)
V.	Ketidakupayaan fungsi sosial <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>					
VI.	Ketidakupayaan fungsi kognitif <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>					
VII.	Ketidakupayaan kawalan tingkah laku <i>Manifestasi: agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecah objek, tidak berpakaian di khalayak umum, menyerang orang lain</i>					

BAHAGIAN I : PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN / PENGAMAL PERUBATAN / PAKAR PERUBATAN / PENOLONG PENDAFTAR

Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar

Saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

(Tandatangan)

Tarikh :

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

BAHAGIAN J : CADANGAN BANTUAN ALAT TIRUAN / SOKONG BANTU / LAIN-LAIN

(Hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan)

I. Alat tiruan/sokong bantu/ortosis ☐

Nyatakan

(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

CATATAN :

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

BAHAGIAN K : CADANGAN PENEMPATAN PERSEKOLAHAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Pendidikan Negeri / Daerah)

i. Sekolah Pendidikan Khas ☐

ii. Program Pendidikan Khas Integrasi ☐

iii. Program Pendidikan Inklusif ☐

Nama Sekolah :

(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

Tarikh:

CATATAN :

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

BAHAGIAN L : PENEMPATAN INSTITUSI PEMULIHAN/ LATIHAN / KEMAHIRAN

(Hendaklah diisi oleh Pegawai Kebajikan Masyarakat Daerah)

a. Program Pemulihan Dalam Komuniti (PDK) ☐

b. Institusi Lain ☐

Nyatakan :

Tarikh :

(Tandatangan)

NAMA :

JAWATAN/COP RASMI:

BAHAGIAN M : SLIP AKUAN PENERIMAAN BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN OKU

NAMA : _____ No. Rujukan Pendaftaran : _____

NO. KAD PENGENALAN _____ Tarikh didaftarkan dalam SMOKU : _____

Permohonan Pendaftaran Orang Kurang Upaya (OKU) tuan/puan telah diterima pada _____ dan sedang diambil tindakan. Sekiranya tuan/puan tidak mendapat sebarang maklumbalas daripada pihak kami dalam tempoh 30 hari daripada tarikh permohonan lengkap diterima, sila hubungi Pejabat Kebajikan Masyarakat Negeri/ Daerah/ Jajahan/ Bahagian _____ di talian _____

(Tandatangan)

Cop Nama dan Jawatan

PANDUAN MENGISI BORANG**Jadual 1 : Jenis Pendaftaran dan keperluan permohonan pendaftaran OKU**

BIL	PERKARA	PENERANGAN	KEPERLUAN PERMOHONAN				
1	JENIS PENDAFTARAN		Mengisi Borang BPPOKU	Salinan MyKad / MyKid	Gambar berukuran passport	Pengesahan Pegawai Perubatan	Kelulusan Pendaftar
i.	Pendaftaran Baharu	Permohonan pendaftaran OKU dibuat kali pertama	✓	✓	Bagi pemegang MyKid sahaja	✓	✓
ii.	Pendaftaran Semula	Pendaftaran yang dibuat semula bagi pemegang Kad OKU lama yang berdaftar sebelum tahun 2011	✓	✓		✓	✓
iii.	Perubahan Kategori / Sub Kategori OKU	Permohonan yang dibuat sekiranya terdapat perubahan kategori / sub kategori daripada permohonan asal.	✓	-	-	✓	✓
iv.	Penggantian Kad	Permohonan penggantian Kad OKU adalah untuk keadaan seperti berikut: i. Kad OKU rosak/ hilang; ii. Perubahan alamat; dan iii. Cetakan sub kategori pembelajaran pada Kad OKU bagi OKU pembelajaran yang telah dinyatakan sub kategori dalam SMOKU atau di mana-mana laporan bertulis	-	-	-	-	-

Jadual 2 : Keperluan Pengesahan mengikut Kategori OKU

BIL	BAHAGIAN E	PENGESEHAN				
1	KATEGORI OKU	Pakar Perubatan (berdaftar dengan NSR)	Pegawai / Pengamal Perubatan (berdaftar dengan MMC)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pendengaran)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)	Penolong Pendaftar
i.	Kurang Upaya Pendengaran	✓ (Pakar ORL)		✓		
ii.	Kurang Upaya Penglihatan		✓			
iii.	Kurang Upaya Pertuturan	✓ (Pakar ORL)			✓	
iv.	Kurang Upaya Fizikal		✓			
	- Jelas (kudung tangan, kudung kaki, kudung ibu jari tangan atau kudung ibu jari kaki sahaja.					✓
	- Tidak jelas		✓			
v.	Kurang Upaya Pembelajaran (Pengisian tahap pada sub kategori adalah optional)	✓				
vi.	Kurang Upaya Mental	✓ Pakar Psikiatri				
vii.	Kurang Upaya Pelbagai	Berdasarkan pengesahan mengikut kategori berkaitan				

Jadual 3 : Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan Dewasa

1	BAHAGIAN G	Tahap Kefungsian Bagi Kanak-Kanak (di bawah umur 18 tahun)	Boleh diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar
2	BAHAGIAN H	Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan dewasa	
Penentuan Tahap Kefungsian		i. Seseorang boleh didaftarkan sebagai OKU sekiranya menghadapi kesukaran sekurang-kurangnya tiga (3) domain pada tahap 1 atau sekurang-kurangnya (satu) 1 domain pada tahap 2; dan ii. Skala pemarkahan ini dikecualikan bagi kanak-kanak dan OKU Kategori penglihatan, pendengaran, pertuturan dan pembelajaran.	