

**SENARAI SEMAK 1****SENARAI SEMAK URUSAN PERPINDAHAN DI SKIM STRATA SEMASA PERINTAH KAWALAN PERGERAKAN**

<b>BIL</b>	<b>PERKARA</b>	<b>ADA/TIADA (√ / X)</b>
1	Penamatan perjanjian sewaan atau pengesahan keluar rumah oleh pemilik, atau salinan muka hadapan perjanjian jual beli (S&P) bagi rumah baru	
2	Kelulusan Polis DiRaja Malaysia untuk urusan rentas daerah/negeri (jika perlu)	
3	Cadangan tarikh dan masa perpindahan yang spesifik	
4	Maklumat syarikat perpindahan (mover company) dan pekerja atau individu terlibat	
5	Kelulusan Badan Pengurusan	
6	Pengisytiharan diri pekerja / syarikat / individu terlibat.	

**BORANG SOKONGAN BADAN PENGURUSAN BAGI URUSAN PERPINDAHAN DI  
SKIM STRATA DALAM TEMPOH PERINTAH KAWALAN PERGERAKAN (PKP)**

NAMA BADAN PENGURUSAN : \_\_\_\_\_  
NO. TELEFON : \_\_\_\_\_  
ALAMAT : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Badan Pengurusan \_\_\_\_\_ menyokong / tidak  
menyokong (silih pilih yang berkaitan) pemohon \_\_\_\_\_ untuk  
berpindah masuk / keluar (pilih mana yg berkenaan) pada ketetapan berikut:

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

Masa : \_\_\_\_\_

Tempat Pemunggaan : \_\_\_\_\_

Sekian, terima kasih.

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

Nama : \_\_\_\_\_

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

Cop / Meterai : \_\_\_\_\_

Badan Pengurusan

\*Nota : sekiranya melibatkan lebih daripada satu skim strata setiap badan pengurusan perlu memberikan sokongan untuk perpindahan dan pemunggaan barang

**BORANG PENGISYTIHARAN DIRI BAGI URUSAN PERPINDAHAN DI SKIM STRATA  
DALAM TEMPOH PERINTAH KAWALAN PERGERAKAN (PKP)**

NAMA : \_\_\_\_\_  
 NO. TELEFON : \_\_\_\_\_  
 ALAMAT : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sila lengkapkan semua bahagian.**

BIL	PERKARA	YA (✓)	TIDAK (X)
1	Pernahkah anda atau keluarga mempunyai kontak rapat dengan pesakit COVID-19 yang disahkan dalam tempoh 14 hari yang lalu?		
2	Pernahkah anda atau keluarga mempunyai kontak rapat dengan individu dibawah perintah kuarantin dirumah (Perintah Pengawasan Dan Pemerhatian Di Rumah Kediaman) ATAU individu yang disyaki COVID-19?		
3	Dalam jangka masa 48 jam terakhir, adakah anda terdedah dengan kontak positif atau kontak rapat?.		
4	Pernahkah anda atau keluarga mengunjungi atau menghadiri aktiviti di mana-mana tempat yang melibatkan kes yang disyaki atau positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lalu?		
5	Adakah anda mempunyai gejala-gejala seperti berikut:  a. Demam > 37.5 <sup>0</sup> c b. Batuk c. Sakit tekak d. Selsema e. Sesak nafas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Dengan ini, saya menyatakan bahawa semua maklumat yang diberikan seperti di atas adalah benar. Sekiranya kenyataan yang diberikan adalah palsu, pihak JMB/MC boleh mengambil tindakan lanjut mengikut peraturan undang-undang terpakai.

Tandatangan

\_\_\_\_\_

Nama:  
 Tarikh: