



# MAJLIS PEPERIKSAAN MALAYSIA

SKBMW/C6



## SIJIL KECEKAPAN BAHASA MELAYU BAGI WARGANEGARA ASING (SKBMW)

TAHUN .....

### MAKLUMAT CALON ISTIMEWA

Nama calon: ..... Negeri: .....

Nombor pasport: ..... Angka giliran: .....

(Tandakan  $\surd$  pada kotak yang berkenaan.)

Jenis ketidakupayaan yang dihadapi oleh calon:

(Sertakan Kad OKU/laporan asal daripada Pegawai Perubatan yang mengesahkan ketidakupayaan calon.)

- Ketidakupayaan penglihatan (rabun) [Sila isi maklumat dalam **Bahagian I.**]
- Ketidakupayaan anggota/spastik/autistik/dan lain-lain (Sila isi maklumat dalam **Bahagian II.**)
- Ketidakupayaan pertuturan (sengau/gagap) [Sila isi maklumat dalam **Bahagian III.**]
- Ketidakupayaan pendengaran (kurang dengar/pekak/bisu) [Sila isi dalam **Bahagian III.**]

| <input type="checkbox"/> BAHAGIAN I |  |
|-------------------------------------|--|
| 1                                   | (a) Jenis ketidakupayaan penglihatan calon: .....<br>(b) Keupayaan penglihatan calon mengikut skala/carta <i>Snellen</i> *,<br>(i) tanpa menggunakan kaca mata : mata kiri : ..... mata kanan : .....<br>(ii) ketika menggunakan kaca mata (jika ada) : mata kiri : ..... mata kanan : .....                               |
| 2                                   | Kepantasan calon menulis ialah ..... perkataan per 10 minit. Jarak mata calon dari bahan yang ditulis ialah ..... cm. ( <i>Sertakan contoh tulisan calon.</i> )  |
| 3                                   | Nyatakan pilihan calon dalam cara menjawab soalan aneka pilihan. (Tandakan $\surd$ pada kotak yang berkenaan.)<br><input type="checkbox"/> Menandakan jawapan dalam borang jawapan aneka pilihan<br><input type="checkbox"/> Menulis nombor soalan dan pilihan jawapan sama ada A, B, C, atau D di atas kertas tulis biasa |
| 4                                   | Nyatakan pilihan calon dalam cara menjawab soalan esei. (Tandakan $\surd$ pada kotak yang berkenaan.)<br><input type="checkbox"/> Menjawab dengan tulisan biasa <input type="checkbox"/> Menjawab dengan tulisan Braille   |
| 5                                   | Kelancaran calon membaca petikan daripada buku teks ialah ..... perkataan per 10 minit. Jarak mata calon dari buku yang dibaca ialah ..... cm. ( <i>Sertakan contoh bahan yang dibaca oleh calon.</i> )  |
| 6                                   | Adakah calon memerlukan soalan cetakan besar bagi membantunya menjawab soalan? (Tandakan $\surd$ pada kotak yang berkenaan.)<br><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak   |

[Lihat sebelah

| <b>BAHAGIAN II</b>   |   |
|--|---|
| 1  | (a) Jenis ketidakupayaan anggota/spastik calon/autistik/dan lain-lain (Sila nyatakan.)<br>.....<br>(b) Kepantasan calon menulis ialah ..... perkataan 10 per minit. ( <i>Sertakan contoh tulisan calon.</i> )<br>(c) Adakah kurang upaya calon boleh menjejaskan kepantasan calon menulis?<br>Ya/Tidak*<br>Jika ya, nyatakan bagaimana: ..... |
| 2  | Nyatakan pilihan calon dalam cara menjawab soalan aneka pilihan.<br>* (a) Menandakan jawapan dalam borang jawapan aneka pilihan<br>* (b) Menulis nombor soalan dan pilihan jawapan sama ada A, B, C, atau D di atas kertas tulis biasa  |
| 3  | (a) Kelancaran calon membaca petikan dari buku teks ialah ..... perkataan per 10 minit. ( <i>Sertakan contoh bahan yang dibaca oleh calon.</i> )<br>(b) Adakah kurang upaya calon boleh menjejaskan kelancaran calon membaca?<br>Ya/tidak*<br>Jika ya, nyatakan bagaimana: .....  |
| <b>BAHAGIAN III</b>  |   |
| 1  | Jenis ketidakupayaan pertuturan (sengau)/pendengaran (kurang dengar/pekak/bau)*<br>.....  |
| <b>Ulasan oleh pegawai yang bertanggungjawab terhadap SKBMW di institusi</b> |   |
| 1  | Adakah calon memerlukan pertimbangan khas?<br>*Ya/Tidak<br>Jika ya, nyatakan bagaimana .....  |
| 2  | Masalah yang dihadapi oleh calon dan cara calon/institusi mengatasinya.<br>.....  |
| 3  | Cadangan atau pandangan pihak pegawai yang bertanggungjawab terhadap SKBMW di institusi<br>.....  |

Disahkan oleh:

Tandatangan: ..... Tarikh: .....

.....  
 (Nama pegawai yang bertanggungjawab terhadap SKBMW di institusi)

Cap rasmi:

**Catatan:** \* Potong mana yang tidak berkenaan.  
 \*\* Tidak perlu diisi oleh calon buta warna.

Sila hantar kepada **Ketua Eksekutif Majlis Peperiksaan Malaysia [u.p.: Setiausaha Bahagian (Bahagian Pembinaan dan Pengendalian Kompetensi)]** dengan sokongan bukti *Kad OKU* laporan asal daripada Pegawai Perubatan yang mengesahkan ketidakupayaan calon.