



## 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 terhenti 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  Bercerai  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 diagnosis 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, Nyatakan .....

4. Tarikh

Tandatangan/cap jari pemohon/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kandung lain-lain (nyatakan) .....

**BAHAGIAN D : DIAGNOSA PERUBATAN MAKLUMAT BERKAITAN KETIDAKUPAYAAN (OKU FIZIKAL SAHAJA)***(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 } (Perlu dilengkapkan bagi permohonan pendaftaran OKU kategori fizikal sahaja)  
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 Kanan .....dBHL                      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 Kanan .....dBHL                       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)

 **Kecelaruhan Pertuturan dan Bahasa /Kecelaruhan komunikasi kompleks**  
(*Complex Communication Disorders*)

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

 **Kecelaruhan Pertuturan Motor (Motor Speech Disorder)**

- Apraxia*                       *Dysarthria*
- Lain-lain (Nyatakan : .....

 **Kecelaruhan Suara (Voice Disorder)**

- Dysphonia*                       *Aphonia*
- Lain-lain (Nyatakan : .....

 **Kecelaruhan Kelancaran Pertuturan / Kegagalan**  
(*Fluency Disorder*)

- Stuttering*                       *Cluttering*
- Lain-lain (Nyatakan : .....

 **Kecelaruhan 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 Berkommunikasi** 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.	<b>Ketidakupayaan Urus Diri</b> ( <i>Makan/minum, kebersihan diri, pakaian, komunikasi</i> )					
II.	<b>Ketidakupayaan Pergerakan</b> ( <i>Berjalan, perpindahan tubuh badan/"transfer", memandu/"transport"</i> )					
III.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Domestik</b> ( <i>Melakukan aktiviti rumah seperti memasak, mengemas, membasuh pakaian, membersihkan rumah</i> )					
IV.	<b>Ketidakupayaan Kemahiran Motor Halus/"Dexterity functions".</b> ( <i>Menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan/fungsi tangan atau kaki</i> )					
		(Tiada)	(Ringan)	(Ketara)	(Teruk)	(Amat Teruk)
V.	<b>Ketidakupayaan fungsi sosial</b> <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.	<b>Ketidakupayaan fungsi kognitif</b> <i>Kemampuan daya ingatan, tumpuan, menyiapkan sepenuhnya (persistence) dan kepatasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti.</i> <i>Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu</i>					
VII.	<b>Ketidakupayaan kawalan tingkah laku</b> <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				
			Mengisi Borang BPPOKU	Salinan MyKad / MyKid	Gambar berukuran passport	Pengesahan Pegawai Perubatan	Kelulusan Pendaftar
1	<b>JENIS PENDAFTARAN</b>						
	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				
		Pakar Perubatan (berdaftar dengan NSR)	Pegawai / Pengamal Perubatan (berdaftar dengan MMC)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pendengaran)	Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)	Penolong Pendaftar
1	<b>KATEGORI OKU</b>					
	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	<b>BAHAGIAN G</b>	Tahap Kefungsian Bagi Kanak-Kanak (di bawah umur 18 tahun)	Boleh diisi oleh Pakar Perubatan / Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan / Penolong Pendaftar
2	<b>BAHAGIAN H</b>	Tahap Kefungsian bagi Kanak-Kanak dan dewasa	
	<b>Penentuan Tahap Kefungsian</b>	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.	