*Format Surat Keterangan bagi Penyandang Disabilitas*

KOP SURAT UNIT PELAYANAN PUSKESMAS / RUMAH SAKIT 1)

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : ……………….2)

Penandatangan dibawah ini, dokter pemeriksa di ………………3), menerangkan bahwa:

Nama : ………. 4)

Tempat/Tanggal Lahir : ………. 5)

Umur : ………. 6)

Jenis Kelamin : ………. 7)

Alamat : …….... 8)

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai penyandang disabilitas berupa :

9)

1. Jenis / Ragam Disabilitas
2. Disabilitas Fisik
3. Amputasi Tangan / Kaki \*)
4. Lumpuh layu atau kaku Tangan / Kaki \*)
5. Paraplegi
6. Celebral Palsy (CP)
7. Disabilitas Sensorik
8. Netra
9. Buta Total
10. Low Vision
11. Rungu
12. Wicara
13. Disabilitas Intelektual
14. Grahita
15. Down Syndrome
16. Disabilitas Mental
17. Psikososial
18. Autis / Hiperaktif\*)
19. Derajat Disabilitas : ………………………………….
20. Penyebab : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta / Lain-lain \*) :

…………………………………

1. Alat Bantu yang digunakan

Berupa : ………………………….............

…………..10), ………….11)

Dokter yang memeriksa

12)

Nama : ……………………..13)

NIP : ……………………..14)

*Keterangan :*

*\*) Coret yang tidak perlu*

*Hapus Halaman ini*

PETUNJUK PENGISIAN ANAK LAMPIRAN I.h

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Kode** | **Uraian** |
| 1 | 1) | Kop unit pelayanan kesehatan Puskesmas atau Rumah Sakit |
| 2 | 2) | Nomor surat / register unit pelayanan kesehatan Puskesmas atau Rumah Sakit |
| 3 | 3) | Nama unit pelayanan kesehatan puskesmas atau rumah sakit |
| 4 | 4) | Diisi dengan nama lengkap calon pelamar / yang diperiksa disabilitasnya. Nama yang diisi sesuai ijazah. |
| 5 | 5) | Diisi dengan tempat tanggal lahir sesuai ijazah |
| 6 | 6) | Diisi usia saat memeriksakan kesehatan, contoh : 35 TAHUN |
| 7 | 7) | Pilih salah satu jenis kelamin; LAKI-LAKI atau PEREMPUAN. |
| 8 | 8) | Diisi alamat sesuai domisili, mulai dari tingkat dusun, desa dan kecamatan. Contoh : Dusun Teratai, Desa Marisa Selatan, Kecamatan Marisa |
| 9 | 9) | Diisi alamat sesuai domisili, mulai dari tingkat dusun, desa dan kecamatan. Contoh : Dusun Teratai, Desa Marisa Selatan, Kecamatan Marisa |
| 9 | 9) | Diisi hasil pemeriksaan dokter, mulai dari jenis ragam disabilitas s.d Alat bantu yang digunakan disabilitas. |
| 10 | 10) | Diisi dengan nama kota setingkat kecamatan sesuai lokasi unit pelayanan kesehatan |
| 11 | 11) | Diisi dengan tanggal terbitnya surat keterangan sehat, contoh : 19 September 2023 |
| 12 | 12) | Tanda tangan dokter pemeriksa dan cap stempel unit pelayanan kesehatan |
| 13 | 13) | Nama lengkap dokter pemeriksa |
| 14 | 14) | NIP dokter pemeriksa |