



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah orangtua/wali dari _____ (L/P) yang berumur _____ tahun dan yang mendapatkan persetujuan bantuan pembiayaan pengobatan, tindakan dan perawatan karena penyakit _____ dengan nilai bantuan kurang lebih sebesar Rp _____ dari program Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP) Jakarta, benar-benar menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengajukan permohonan bantuan biaya pengobatan, perawatan, dan tindakan medis tersebut secara jujur kepada program Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP).
2. Saya benar-benar bersedia menyerahkan dan mempercayakan pengobatan, perawatan serta tindakan medis untuk anak saya kepada Dokter/tim Dokter Rumah sakit setempat yang telah ditunjuk dan disetujui oleh pihak Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP).
3. Bersedia tunduk patuh dan taat kepada saran, anjuran dan aturan atau perintah Dokter/tim Dokter Rumah Sakit demi keberhasilan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang diberikan.
4. Atas segala keberhasilan ataupun kegagalan pengobatan, perawatan dan tindakan medis di atas, saya tidak bermaksud/tidak akan bermaksud melakukan tuntutan dalam bentuk apapun kepada program Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP).
5. Saya bersedia menyerahkan dan mempercayakan pembayaran pengobatan, perawatan dan tindakan medis di atas yang disepakati sepenuhnya kepada program Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP).
6. Saya tidak keberatan mengatakan, menceritakan dan mengungkapkan pengalaman saya/anak saya dalam menjalani proses pengobatan, tindakan dan perawatannya kepada program "YPP".
7. Saya tidak keberatan sama sekali bahwa dalam hubungan persaudaraan dan kekeluargaan yang terjalin tidak terputus pada bantuan pembiayaan pengobatan, perawatan dan tindakan medis.
8. Atas segenap kesalahpahaman, perselisihan dan konflik yang barangkali timbul/mungkin dapat terjadi, saya bersedia menyelesaikannya dengan sebaik-baiknya secara kekeluargaan dan musyawarah mufakat.

Demikian surat pernyataan ini yang saya tandatangani dengan sebaik-baiknya serta setulus-tulusnya dan diketahui oleh Dokter/tim Dokter Rumah Sakit.

Jakarta, _____

Hormat saya,

Mengetahui,

Nama dan Tanda Tangan

Tanda Tangan Dokter

PROGRAM YAYASAN PUNDI AMAL PEDULI KASIH (YPP)

Diisi dengan jelas menggunakan TINTA HITAM dan HURUF CETAK dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.

DATA CALON TERTANGGUNG

PRIBADI ANAK/PASIHEN

Nama :

Tempat/tanggal lahir : Tgl bulan Tahun

Alamat tempat tinggal :

NAMA AYAH

:

Alamat tempat tinggal :

No.Tlp/Hp : Telepon Rumah Handphone (HP)

No. KTP/SIM :

Pekerjaan :

Penghasilan : tidak tetap s/d maks Rp250.000
 s/d maks Rp500.000 di atas Rp500.000

NAMA IBU

:

Alamat tempat tinggal :

No.Tlp/Hp : Telepon Rumah Handphone (HP)

No. KTP/SIM :

Pekerjaan :

Penghasilan : tidak tetap s/d maks Rp250.000
 s/d maks Rp500.000 di atas Rp500.000

ANAK-ANAK

NO	Daftar Anak	P	W	Tgl	bulan	Thn	Sekolah		Bekerja	
							Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tgl bulan Tahun Ditandatangani di:

Tanda tangan
Orang Tua

Mengetahui Ketua RT
(Ttd+Cap)

Mengetahui Ketua RW
(Ttd+Cap)

Mengetahui Lurah
(Ttd+Lurah)