



Sekretariat Yayasan Pundi Amal Peduli Kasih (YPP)  
 PT Indosiar Visual Mandiri  
 Jl. Damai No. 11  
 Telp: 021-567 2222 Ext. 3505 / 3503  
 021-2793.5555 Ext. 5721 / 5723

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dengan hormat,

**Perihal: Permohonan Bantuan Pembiayaan**

Bersama surat ini dengan diketahui oleh Dokter Rumah Sakit/ Puskesmas setempat, saya yang bertandatangan dibawah ini:

<b>NAMA ORTU/WALI</b>	:																														
<b>Nama Pasien</b>	:																										W		L		
<b>Tempat/tanggal lahir</b>	:																Tgl		bulan		Tahun										
<b>Alamat tempat tinggal</b>	:																														
	:																														
	:																														
	:																														
<b>No.Tlp/HP</b>	:	Telepon Rumah										Handphone (HP)																			

Mengajukan permohonan bantuan pembiayaan pengobatan, tindakan dan perawatan anak atau pasien karena penyakit  
 \_\_\_\_\_ dengan nilai pembiayaan kurang lebih sebesar  
 Rp \_\_\_\_\_

Atas perhatian dan bantuannya, saya mengucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Mengetahui

\_\_\_\_\_  
 Nama & Tanda tangan orang tua

\_\_\_\_\_  
 Tandatangan dokter

HP



## 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)