KOP SURAT

RUMAH SAKIT PEMERINTAH

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR: ……………………………………

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit Pemerintah …………............. untuk keperluan persyaratan melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018 dengan ini menerangkan bahwa :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : | ……………………………………….. | | | |
|  | Tempat / Tgl Lahir / Umur | : | ……………………………………….. | | | |
|  | Jenis Kelamin | : | Laki-laki / Perempuan \*) | | | |
|  | Alamat | : | ………………………………………..  ………………………………………..  ……………………………………….. | | | |
|  | Jenis / Ragam Disabilitas | : |  | | |  |
|  | 1. Fisik |  |  | | |  |
|  | 1. Amputasi | | ( Tangan / Kaki ) \* | | |  |
|  | 1. Lumpuh Layuh atau Kaku | | ( Tangan / Kaki ) \* | | |  |
|  | 1. Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan | | | | |  |
|  | organ panggul) | | | | |  |
|  | 1. Celebral Palsy (CP) | | | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  | 1. Sensorik | | | | |  |
|  | 1. Netra | | ( Buta Total / Low Vision ) \* | | |  |
|  | 1. Rungu | |  | | |  |
|  | 1. Wicara | |  | | |  |
|  | 1. Intelektual | | | | |  |
|  | 1. Disabilitas Grahita | | | | |  |
|  | 1. Down Syndrome | | | | |  |
|  | 1. Mental |  |  | | |  |
|  | 1. Psikososial | | | | |  |
|  | (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas, dan Gangguan Kepribadian) \* | | | | |  |
|  | 1. Disabilitas perkembangan ( Autis / Hiperaktif ) \* | | | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
| 6. | Derajat Kecacatan | : | ……………………………………………………….  ………………………………………………………. | | | |
| 7. | Lokasi dari Kecacatan dan Luasnya Kecacatan | : | ……………………………………………………….  ………………………………………………………. | | | |
| 8. | Diagnosa Penyebab Disabilitas | : | Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta / Lain-lain : ………………………………………\*) | | | |
| 9. | Pengobatan yang Dibutuhkan | : | Tidak Ada | | |  |
|  | atas Kecacatan yang Dialami |  | Ada ……………………………………… | | |  |
| 10. | Alat Bantu yang digunakan | : | Tidak Ada | | |  |
|  |  | : | Ada : ……………………………………… | | |  |
| 11. | Penyakit lain yang | : | …………………………………………… | | |  |
|  | Membutuhkan Perawatan |  | …………………………………………… | | |  |
|  | Khusus (seperti epilepsy) |  | …………………………………………… | | |  |
| 12. | Activity Daily Living yang Bisa Dilakukan | : | Berdiri | : | Bisa / Tidak Bisa | |
|  |  |  | Berjalan | : | Bisa / Tidak Bisa | |
|  |  |  | Makan dan Minum | : | Bisa / Tidak Bisa | |
|  |  |  | Mandi | : | Bisa / Tidak Bisa | |
|  |  |  | Mencuci | : | Bisa / Tidak Bisa | |
|  |  |  |  | | | |

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

……………………………….

NIP.

SIP.

**Keterangan :**

\*) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan

√ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan

X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan