KOP SURAT

RUMAH SAKIT / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR : ……………………………………

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit / Puskesmas …………............. untuk keperluan persyaratan melamar Calon Pegawai Negeri Sipil BSSN 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 ) \*
 |  |
|  |  |  |  |  |
| 5. | Derajat Kecacatan  | : | ……………………………………………………….………………………………………………………. |
| 6. | Diagnosa Penyebab Disabilitas | : | Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta / Lain-lain : …………………………… \*) |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. | Pengobatan yang Dibutuhkan  | : | Tidak Ada |  |
|  | atas Kecacatan yang Dialami |  | Ada ……………………………………… |  |
| 8. | Alat Bantu yang digunakan | : | Tidak Ada |  |
|  |  | : | Ada ; ……………………………………… |  |
| 9. | Penyakit lain yang  | : | …………………………………………… |  |
|  | Membutuhkan Perawatan |  | …………………………………………… |  |
|  | Khusus (seperti epilepsy) |  | …………………………………………… |  |
| 10. | 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