KOP SURAT

**FORMULIR D**

RUMAH SAKIT

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR : ……………………………………

Penandatangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit …………………………………… menerangkan bahwa :

N a m a : …………………………………………………………………………..

Tempat / Tgl Lahir : …………………………………………………………………………..

Umur : …… Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*)

Alamat : …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai Penyandang Disabilitas berupa :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Jenis / Ragam Disabilitas** | : |  | |  |
| 1. Disabilitas 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. CelebralPalsy (CP) | | | |  |
| 1. Disabilitas Sensorik |  |  | |  |
| 1. Netra |  |  | |  |
| 1. Buta Total |  |  | |  |
| 1. Persepsi Cahaya / Low Vision | | | |  |
| 1. Rungu |  |  | |  |
| 1. Wicara |  |  | |  |
| 1. Disabilitas Intelektual | | |  | |
| 1. Disabilitas Grahita | | |  | |
| 1. Down Syndrome | | |  | |
| 1. Disabilitas Mental | | |  | |
| 1. Psikososial | | |  | |
| (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas, dan Gangguan Kepribadian) \* | | |  | |
| 1. Disabilitas perkembangan ( Autis /Hiperaktif ) \* | | |  | |
|  | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Derajat Disabilitas | : | ……………………………………………………………  …………………………………………………………… | |
| 1. Penyebab | : | Sejak Lahir/Kecelakaan dalam Pekerjaan/Kecelakaan Lalu Lintas/Penyakit/Akibat Stroke/Akibat Kusta/ Lain-lain : …………………………… \*) |
| 1. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak \*) | | |
| Berupa : ………………………………………………………………………………………….. | | |

Surat keterangan ini untuk keperluan : **Persyaratan Melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018**.

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

KOP SURAT

RUMAH SAKIT

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR: ……………………………………

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit…………............. 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. LumpuhLayuh atau Kaku | | ( Tangan / Kaki ) \* |  |
|  | 1. Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan | | |  |
|  | organ panggul) | | |  |
|  | 1. CelebralPalsy (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