

**KOP SURAT**  
**RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

---

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**  
**NOMOR : .....**

Penandatanganan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas  
..... menerangkan bahwa :

Nama : .....  
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 :**

- a. Disabilitas Fisik
  - 1) Amputasi (Tangan / Kaki)\*
  - 2) Lumpuh layuh atau kaku (Tangan / Kaki)\*
  - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)
  - 4) Cerebral Palsy (CP)
- b. Disabilitas Sensorik
  - 1) Netra
    - a) Buta Total
    - b) Persepsi Cahaya / Low Vision
  - 2) Rungu
  - 3) Wicara
- c. Disabilitas Intelektual
  - 1) Disabilitas Grahita
  - 2) Down Syndrome
- d. Disabilitas Mental
  - 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) \*
  - 2) Disabilitas perkembangan (Autis / Hiperaktif) \*

2. Derajat Disabilitas : .....
3. Penyebab : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan  
Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta /  
Lain-lain : ..... \*)
4. 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