SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR : ……………………………………

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit / Puskesmas …………................. untuk keperluan persyaratan melamar CPNS BPK Tahun 2019 dengan ini menerangkan bahwa :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : | ...................................................................... | | |
|  | Tempat / Tgl Lahir / Umur | : | ...................................................................... | | |
|  | Jenis Kelamin | : | ...................................................................... | | |
|  | Alamat | : | ......................................................................  ...................................................................... | | |
|  | Jenis / Ragam 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. Celebral Palsy (CP) |  | |  |
|  | 1. Lain-lain | ................................................................... | |  |
|  | Derajat Kecacatan \*\* | : |  | | |
|  | 1. Derajat Cacat 1 |  | |  |
|  | 1. Derajat Cacat 2 |  | |  |
|  | 1. Derajat Cacat 3 |  | |  |
|  | 1. Derajat Cacat 4 |  | |  |
|  | 1. Derajat Cacat 5 |  | |  |
|  | 1. Derajat Cacat 6 |  | |  |
|  | Diagnosa Penyebab Disabilitas | : | Sejak Lahir/ Kecelakaan dalam Pekerjaan/ Kecelakaan Lalu Lintas/ Penyakit/ Akibat Stroke/ Akibat Kusta/ Lain-lain : .................................................................... \*) | | |
|  | Pengobatan yang Dibutuhkan atas Kecacatan yang Dialami | : | Tidak Ada  Ada …………………………………........…… | | |
|  | Alat Bantu yang digunakan | : | Tidak Ada  Ada …………………………………........…… | | |
|  | Penyakit lain yang Membutuhkan Perawatan Khusus (contoh: epilepsy) | : | ......................................................................  ...................................................................... | | |
|  | Aktivitas Sehari-hariyang Bisa Dilakukan | : | Berdiri : Bisa Tidak Bisa  Berjalan : Bisa Tidak Bisa  Makan dan Minum : Bisa Tidak Bisa  Mandi : Bisa Tidak Bisa | | |
|  | Catatan Lain-lain | : | ......................................................................  ...................................................................... | | |

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

……………………………….

NIP.

SIP.

**Keterangan :**

\*) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan

\*\*) Pilih Salah Satu dan diisi √ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan

Isi √ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan

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