

KOP DESA / KELURAHAN

SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU

Nomor :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
Jabatan : KEPALA DESA / LURAH

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama :
Alamat :

Adalah benar masyarakat miskin dengan kondisi sebagai berikut :

1. Pekerjaan sebagai (diisi sesuai pekerjaan pasien)
2. Pekerja musiman (diisi sesuai dengan kondisi pasien)
3. Membutuhkan pelayanan kesehatan disebabkan

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk mendapatkan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.

Mengetahui
CAMAT

(nama terang)

Lumajang,
Yang membuat keterangan :
KEPALA DESA/ LURAH

(nama terang)

CATATAN :

1. Apabila Surat Keterangan Tidak Mampu ini diberikan kepada penderita yang tidak berhak menerima sehingga menimbulkan kerugian bagi pemberi layanan/ RSUD/ Pemerintah, maka pembuat keterangan dalam hal ini adalah Kepala Desa/ Lurah, akan dikenakan sanksi mengganti jumlah dana yang dibebankan kepada penderita;
2. SKTM dilengkapi dengan screenshot (tangkapan layar) keterangan terdaftar masuk DTKS pada aplikasi SIKS-NG (bagi masyarakat yang terdaftar dalam DTKS);
3. Penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu ini tidak dikenakan biaya/ GRATIS.