 **PEMERINTAH KABUPATEN INDRAMAYU**

**KECAMATAN SINDANG**

**KANTOR KUWU KENANGA**

Jalan Pesarean No. 0255-A Kenanga Kec. Sindang Kab. Indramayu 45251

SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU

Nomor : ${nomor\_surat}

Yang bertanda tangan dibawah ini Pj.Kuwu Kenanga Kecamatan Sindang Kabupaten Indramayu, menerangkan bahwa :

Nama : ${nama}

Tempat, Tgl.Lahir : ${ttl}

Umur : ${umur}

Alamat : ${alamat\_lengkap}

Benar nama tersebut diatas adalah warga masyarakat kami Desa Kenanga Kecamatan Sindang - Kabupaten Indramayu, menurut data yang ada pada kami yang bersangkutan tergolong keluarga Pra Sejahtera / Keluarga Tidak Mampu.

Sehubungan hal tersebut maka dengan ini kami mengusulkan bahwa orang tersebut di atas layak untuk mendapat bantuan dari GEMPUR GAKIN Indramayu.

Demikian Surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di : Kenanga

Tanggal : ${tanggal\_surat}

Mengetahui, Pj.Kuwu Kenanga

Camat Sindang

**${nama\_kuwu}**

............................. NIP. ${nip}

Indramayu, ${tanggal\_surat}

|  |  |
| --- | --- |
| **Perihal :**  **Permohonan Bantuan Biaya Untuk Pengobatan .** | **Kepada Yth**  **Ketua Yayasan Gempur Gakin**  **Kabupaten Indramayu**  **Di –**  **Indramayu** |

**Dengan Hormat,**

**Saya yang bertanda tangan dibawah ini :**

**Nama : ${nama\_ortu}**

**Tanggal Lahir : ${ttl\_ortu}**

**Pekerjaan : ${pekerjaan\_ortu}**

**Alamat : ${alamat\_ortu}**

**Sehubungan kami tergolong Keluarga Tidak Mampu / Keluarga Miskin maka dengan ini kami mengajukan Permohonan Bantuan Biaya Pengobatan untuk anak saya :**

**Nama : ${nama}**

**Umur : ${umur}**

**Yang saat ini sedang dirawat / dirujuk berobat ke ${rumah\_sakit}**

**Demikian permohonan ini kami sampaikan, semoga Bapak berkenan mengabulkan dan atas bantuanya kami sampaikan terimakasih.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mengetahui,**  **Pj.Kuwu Kenanga**  **${nama\_kuwu}**  NIP. ${nip} | **Hormat Saya,**  **${nama\_ortu}** |