

Depok, 2021

Kepada
Yth. Walikota Depok
Di
Depok

Yang Bertandatangan di bawah ini :

Nama : _____
NIK : _____
Alamat : _____

Adalah benar sebagai : Pemohon/ Suami/ Istri/ Ibu/ Ayah/ Lainnya _____ dari Pemohon :

Nama : _____
Tempat, Tgl Lahir : _____
NIK : _____
Alamat : _____

Diagnosa Penyakit : _____

Adalah benar warga Kota Depok yang tidak mampu dan tidak mempunyai jaminan kesehatan apapun, dengan ini mengajukan permohonan menjadi Penerima Pembiayaan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin diluar kuota PBI Kota Depok dikarenakan sakit dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit

Kami menyatakan :

1. Kami sekeluarga berjanji tidak akan menggunakan zat adiktif termasuk rokok, psikotropika, alkohol dan lain-lain.
2. Apabila dikemudian hari kami melanggar dan terbukti keterangan yang kami buat tidak benar , maka Pemerintah Kota Depok berhak mencabut penerima pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat miskin diluar kuota PBI atas nama tersebut dan kami bersedia membayar semua biaya yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Depok.

Yang Membuat Pernyataan;

Materai 6000
