**PEMERINTAH ${KAB} ${KABUPATEN}**

**KECAMATAN ${KECAMATAN}**

**KANTOR ${DES} ${DESA}**

${AlamatDesa} ${Des} ${Desa} Telp. ${NomorTeleponDesa}

**SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU / MISKIN**

Nomor : ${NomorSurat}

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala ${Des} ${Desa} Kecamatan ${Kecamatan} Pemerintah ${Kab} ${Kabupaten}-${Provinsi} menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : ${Nama}

Jenis Kelamin : ${JenisKelamin}

Tempat Tanggal lahir : ${TempatTanggalLahir}

Status kawin : ${StatusKawin}

Pekerjaan : ${Pekerjaan}

Bangsa / Agama : ${BangsaAgama}

Alamat : ${Alamat}

Keterangan ini kami berikan kapadanya dengan berdasarkan sepengetahuan dan data yang ada pada kami bahwa orang tersebut di atas adalah benar warga kami yang pada saat ini keadaan ekonominya sangat lemah dan tidak mampu/miskin.

Surat Keterangan ini kami berikan untuk memenuhi ${Tujuan}.

Demikian, dimohon kepada pihak terkait kiranya dapat memberikan bantuan serta agar maklum.

${Desa}, ${tanggalSurat}

Kepala ${Des} ${Desa}

**${KEPALADESA}**