** PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR**

**KECAMATAN CIAWI**

**KANTOR DESA BANJARWARU**

Alamat : Jl. Veteran III No:30 Rt.02 Rw.03 Email : [banjarwaru2021@gmail.com](mailto:banjarwaru2021@gmail.com) Kode Pos 16720

**SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU**

Nomor : ${nomor\_surat}

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Desa Banjarwaru Kecamatan Ciawi Kabupaten Bogor, menerangkan bahwa :

Nama : ${nama}

Jenis Kelamin : ${jenis\_kelamin}

Tempat Tgl. Lahir : ${tempat\_tgl\_lahir}

Pekerjaan : ${pekerjaan}

Agama : ${agama}

No.NIK : ${nik}

Alamat : ${alamat}

Kecamatan Ciawi Kabupaten Bogor

Nama tersebut diatas benar warga kami yang bertempat tinggal pada alamat tersebut.

Berdasarkan data yang ada di Kantor kami bahwa nama tersebut benar temasuk Keluarga ***Pra Sejahtera / Kurang Mampu.***

Surat Keterangan ini diberikan untuk keperluan *:* ***Melengkapi Persyaratan Pengajuan Keringanan Biaya Rumah Sakit.***

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarwaru, ${tgl}

Mencatat Kepala Desa Banjarwaru

Reg. No : ............................

Camat Ciawi

Materai 10000

**..........................................** **ABDUL RAHMAN**

Mengetahui

TKSK Ciawi

**YOYOH YOHANAH**