**SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU**

NOMOR : no

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : **ttd\_nama**

N I P : **ttd\_nip**

Jabatan : **ttd\_jabatan**

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

N a m a : nama

Tempat / Tgl. Lahir : ttl

Jenis kelamin : jenis\_kelamin

Status Perkawinan : status\_perkawinan

Golongan Darah : golongan\_darah

A g a m a : agama

Pekerjaan : pekerjaan

A l a m a t : alamat

Yang tersebut namanya di atas adalah benar Penduduk Lingkungan  **lingkungan** Kelurahan Binanga Kecamatan Mamuju Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat yang berpenghasilan rendah / kurang mampu. Dipandang perlu diberikan bantuan biaya **KESEHATAN**. Dengan anggota keluarga sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA** | **UMUR** | **KETERANGAN** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **index.** | **nama** | umur Tahun | status\_keluarga |

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

|  |  |
| --- | --- |
| No. Reg. nomor\_registrasi  Tanggal, tanggal\_registrasi  Mengetahui,  **CAMAT MAMUJU**  nama\_camat  NIP: nip\_camat | nama\_kec, tanggal\_surat  **ttd\_jabatan**  **ttd\_nama**  **NIP.ttd\_nip** |