

Pada hari ini Rabu tanggal dua puluh bulan September tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (20-09-2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan : UNTUNG BUDI R

Jabatan : Koordinator

No. HP Petugas Pentasyarufan : 085156916610

Alamat : Madusari

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : Ace Suryan

Alamat Lengkap Penerima : Madusari

No. HP Penerima Manfaat : 00

Jabatan : Duafa

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Bantuan Biaya Pengobatan berupa Uang Tunai senilai Rp 500.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Bantuan Biaya Pengobatan berupa Uang Tunai senilai Rp 500.000 dari **PIHAK PERTAMA**.
3. **PIHAK PERTAMA** berkewajiban menyerahkan berita acara pentasarufan dilampiri : (a.) proposal / pengajuan / berita acara rapat pentasyarufan (b.) foto dokumentasi pentasyarufan (c.) fotokopi identitas penerima manfaat KK atau KTP (d.) nota pembelian barang jika bantuan berupa barang (e.) kwitansi pentasyarufan (bantuan nominal Rp.1.000.000 ke atas ber materai 10.000) (f.) SPTJM (g.) Slip penarikan / pengambilan dana dari Bank / BMT kepada NU Care Lazisnu Cilacap setiap selesai melakukan pentasarufan.

Demikian berita acara penyerahan bantuan NU Care Lazisnu Cilacap ini dibuat, untuk dapat digunakan dalam rangka kepedulian dan memaksimalkan fungsi ZIS bagi masyarakat.

PIHAK PERTAMA

Yang menyerahkan



(UNTUNG BUDI R)

Jabatan : Koordinator

PIHAK KEDUA

Penerima Manfaat



(Ace Suryan)

Jabatan : Duafa

Keterangan : *apabila penerima manfaat adalah lembaga/organisasi/tempat ibadah wajib berstempel*



SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama Lengkap : Ace Suryan
Alamat Lengkap Penerima : Madusari
No. HP Penerima Manfaat : 00
Jabatan : Duafa

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bertanggungjawab mutlak terhadap penggunaan dana yang saya terima sesuai dengan ketentuan syariat, ketetapan Nucare Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku.
2. Berkomitmen memberikan laporan penggunaan dana dengan melampirkan bukti-bukti pendukung (kwitansi atau nota, dokumentasi).
3. Berkomitmen turut serta dalam mengkampanyekan zakat, Infaq, Shodaqoh.
4. Apabila dikemudian hari diketahui terjadi penyimpangan dalam penggunaan dan/atau tidak sesuai dengan rencana penggunaan, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan NU Care Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan bermaterai cukup untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 28 September 2023




(Ace Suryan)



LAMPIRAN TANDA SERAH TERIMA BANTUAN


Bantuan Biaya Pengobatan

Keterangan : Bantuan Biaya Pengobatan

NO	PENERIMA MANFAAT	ALAMAT & NO.HP	NOMINAL & JENIS BANTUAN	TGL BANTUAN & KETERANGAN	TTD
1	ACE SURYAN NIK : 32770210057200 KK : 0	MADUSARI No.HP : 0	Rp250.000 UANG	20 September 2023 MASYARAKAT	
2	NURDIN SADI NIK : 0 KK : 0	MADUSARI No.HP : 0	Rp250.000 UANG	20 September 2023 MASYARAKAT	



KWITANSI PENERIMA MANFAAT

Telah terima dari PRNU MADUSARI		 NU CARE-LAZISNU KABUPATEN CILACAP		KWITANSI PENTASYARUFAN NU CARE-LAZISNU CILACAP PRNU MADUSARI	
Digunakan Untuk Bantuan Biaya Pengobatan		Telah terima dari : PRNU MADUSARI			
		Uang sejumlah : Lima Ratus Ribu Rupiah			
		Digunakan untuk : Bantuan Biaya Pengobatan			
Rp500.000		Rp500.000		Rabu, 20 September 2023	
		Yang menerima (Ace Suryan)		Yang menyalurkan (UNTUNG BUDI R)	

PROVINSI JAWA TENGAH
KABUPATEN CILACAP

NIK : 3301150111380001

Nama	: KURNI SADI	
Tempat/Tgl Lahir	: CILACAP, 01-11-1938	
Jenis Kelamin	: LAKI-LAKI	Gol. Darah : :
Alamat	: CIPOLUNG	
RT/RW	: 003 / 012	
Kel/Desa	: MADUSARI	
Kecamatan	: WANAREJA	
Agama	: ISLAM	
Status Perkawinan	: KAWIN	
Pekerjaan	: PETANI/PEKERJA	
Kewarganegaraan	: WNI	
Berkas Hingga	: SELUMUR HIDUP	

CILACAP
01 11 2012

[Signature]

